



Gift oder Immuncocktail? Diskurse um die „erste Milch“ bei indischen Frauen und der WHO

SABINE WAHDAT
s.wahdat@gmx.de

1. Kontextuelle Einordnung des Themas

Eher zufällig fiel mir ein Artikel des britischen Kolonialbeamten Horace Arthur Rose aus dem Jahr 1907 in die Hände, in dem er mit der Geburt einhergehende Riten der Hindus im Punjab beschrieb. Ihm zufolge wurden Neugeborene innerhalb der ersten eineinhalb Tage nach der Geburt nicht gestillt¹ (Rose 1907a: 226). In einer weiteren Publikation aus demselben Jahr beschrieb er Geburtsriten der Muslime im Punjab und bemerkte, dass erstmaliges Stillen auch hier erst am dritten Tag nach der Geburt erfolgte und Neugeborene bis dahin Honig und Kräuterpasten erhielten (ebd. 1907b: 239).

Die offensichtlichen Vorbehalte, Babys sofort nach der Geburt zu stillen standen im Widerspruch zu den Maximen, welche mir während meiner biomedizinischen² Berufsausbildung vermittelt worden waren. Muttermilch, vor allem jedoch die in den ersten ein bis drei Tagen nach der Geburt sezernierte Vormilch, das so genannte Kolostrum, wurde als besonders gesunder „Antikörpercocktail“ gepriesen und die Wichtigkeit des möglichst baldigen Stillens nach der Geburt zur Stärkung des kindlichen Immunsystems als Ideal gelehrt. Dieser Widerspruch in den Idealen weckte mein Interesse. Bei weiterer Literatursichtung konnte ich feststellen, dass die Praxis des ersten Stillens Tage nach der Geburt kein auf Anfang des 20. Jahrhunderts beschränktes Phänomen zu sein scheint. In einem Artikel zweier Biomedizinerinnen aus dem Jahr 2006 beschreiben diese ebenfalls die Praxis vieler Inderinnen, ihr Kind erst 24 bis 72 Stunden nach der Geburt erstmals zu stillen, da Kolostrum aus ihrer Sicht schädlich für das Neugeborene sei (Laroia & Sharma 2006: 95). Auch der Medizinethnologe Mark Nichter (1981: 18) beschreibt Ängste indischer Mütter über die Giftigkeit ihrer Milch.

Meine Wahrnehmung dieser offensichtlichen Differenzen im Ver-



ständnis des Gesundheitswertes der ersten Muttermilch erfolgte eingebettet in den globalen Gesundheitsdiskurs, in welchem Biomedizin als *die* dominante globale Heilkunde etabliert ist. Die Institutionalisierung der Biomedizin durch die Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1948 hat zur Stabilisierung der Dominanz beigetragen und damit einhergehende Intoleranz gegenüber alternativen Medizinern legitimiert, obwohl andere Heilkunden spätestens seit den 1970er Jahren ebenfalls vermehrte Aufmerksamkeit und Unterstützung durch die WHO erfahren. Biomedizinische Akteure und Institutionen definieren aber global einheitliche Normen von Gesundheit, Krankheit und angemessenen Therapieformen. Sie regulieren national wie international das Gesundheitswesen, Agenden der Gesundheitspolitik, die Distribution therapeutischer und präventiver Maßnahmen und sind zuständig für die Festlegung von Standards und Zielen für die Implementierung von Global-Health-Programmen der WHO. Diese Gesamtkonstellation warf eine Reihe von Fragen auf. Welche Paradigmen und Episteme formen unser jeweiliges Verständnis von „gesund“ beziehungsweise „ungesund“? Wurde die Praxis des ersten Stillens nach mehreren Tagen, also die Abweichung vom biomedizinischen Verständnis der Wichtigkeit von Kolostrum, auf Seiten der WHO als Problem definiert? Wurden Interventionen anvisiert und, wenn ja, welche? Inwieweit wurden die Grundlagen für Differenzen im Verständnis des Gesundheitswertes der ersten Muttermilch oder überhaupt von Unterschieden im Gesundheitsverständnis berücksichtigt und adressiert?

Die folgende Sichtung relevanter Leitlinien der WHO zur aus ihrer Sicht korrekten Stillpraxis sowie ethnografischer Literatur zu Stillpraktiken in Indien legen die Schlussfolgerung nahe, dass Differenzen in der jeweils als gut und richtig bewerteten Stillpraxis auch aus einer unterschiedlichen Konzeption und *Wahrnehmung* von Risiken resultieren. Die jeweils relevanten Risiken werden als historisch, sozial und kulturell konstruiert in den Fokus genommen. Damit soll ihnen nicht das Vermögen abgesprochen werden, in der Praxis materialisierte Formen annehmen zu können. Vielmehr soll argumentiert werden, dass die Wahrnehmung von Risiken beziehungsweise Vulnerabilität, aber auch Sicherheit bezogen auf Stillpraktiken in Kongruenz mit dem zugrunde liegenden Körper- und Gesundheitsverständnis erfolgt. Dieses wird durch den soziokulturellen Kontext geformt und in diesen integriert. Unterschiede in der Risikowahrnehmung oder im Vulnerabilitätsverständnis spiegeln daher auch immer epistemologische Differenzen und soziokulturell be-

dingte medizinische Paradigmen wider. Es wird gezeigt, dass die Leitlinien zum Stillen der WHO ein universelles biomedizinisches Verständnis von meist epidemiologisch begründeten, vermeidbaren Risiken für Säuglinge³ zugrunde legen, welches lokale Verständnisse von Risiko und Vulnerabilität in Indien nicht adressiert. Der Fokus wird hierfür auf den Zeitpunkt des erstmaligen Stillens nach der Geburt gerichtet werden, aber auch indigene Verständnisse von Kolostrum und alternative prälaktale⁴ Fütterung der Neugeborenen mit anderen Substanzen als Muttermilch zur Überbrückung bis zum ersten Stillen einbeziehen.

Die nicht leitlinienkonformen Stillpraktiken der Laien⁵ sollen laut WHO mit Hilfe von Bildung und Information indischer Mütter über die gesundheitlichen Risiken für Säuglinge hin zu aus biomedizinischer Sicht korrekter, gesundheitlich vorteilhafter Stillpraxis verändert werden. Hierfür werden monokausale biomedizinische Begründungen für Krankheiten und Risiken, also ein bestimmtes Körper- und Gesundheitsverständnis, zur normativen Basis. Dieses bezieht indigene Körper- und Gesundheitskonzeptionen, denen meist multikausale Erklärungsmuster zugrunde liegen, unzureichend mit ein und kann daher häufig nicht die von der WHO gewünschten Verhaltensveränderungen bewirken. Aus diesem Grund werde ich die grundsätzlichen Paradigmen des Körper-, Gesundheits- und Krankheitsverständnisses aus biomedizinischer und Laienperspektive herausarbeiten und hinsichtlich ihrer Differenzen untersuchen. Hierdurch soll ermöglicht werden, Verständnisse von Gesundheitsrisiken für Neugeborene um im Kontext Indiens dominante Körper- und Risikokonzeptionen zu erweitern, so dass mit rein biomedizinischem Verständnis nicht fassbare Einflussfaktoren nachvollzogen werden können.

Unterschiede in der Wahrnehmung von und Kommunikation über relevantes Stillverhalten werden auf Seiten der Biomedizin maßgeblich von einer Vorstellung der Superiorität biomedizinischen Wissens dominiert. Biomedizinische Paradigmen zum korrekten Stillen werden dabei als faktisches Wissen dem „Glauben“ oder den „Vorstellungen“ und somit dem „Unwissen“ der Frauen gegenübergestellt, deren Verhalten verändert werden soll – ein Vorgang, der strukturelle Analogien zu orientalistischen kolonialen Diskursen aufweist. Differenzen werden in dieser Tradition nach dem Modell „Wissen“ vs. „Glauben“ als Hinderungsgrund für erfolgreiche Interventionen problematisiert. Die anvisierten Veränderungen in aus der Sicht der WHO schädigenden Stillpraktiken können aber vielmehr in Ermangelung einer kultursensiblen Einbettung



in den epistemologischen Kontext der Schwangeren und Mütter und herablassender Umgangsweise mit selbigen limitiert werden. Die Institutionalisierung der Biomedizin in Form der WHO legitimiert Superioritätsvorstellungen dieser Art vor allem auch deshalb, weil Biomedizin als Wissenschaft mehr als jede andere Medizinform global nationale Gesundheitspolitiken formt und definiert. Die Dominanz der Biomedizin im globalen Gesundheitsdiskurs hat eine biomedizinische Hegemonie etabliert, durch welche die Leitlinien und Standards der WHO zur Grundlage nationaler Biopolitik werden.

2. Biomedizin als hegemoniale Ethnomedizin

Der in der Medical Anthropology (in der deutschen Wissenschaftslandschaft auch Medizinethnologie) etablierte Begriff Biomedizin bezieht sich auf die naturwissenschaftliche, vor allem biologische Grundlage der im allgemeinen deutschen Sprachgebrauch als „westliche Schulmedizin“ oder „Medizin“ bezeichneten Heiltradition. Er entstand in Abgrenzung zu Begriffen wie „allopathische“, „wissenschaftliche“, „moderne“ oder „westliche“ Medizin (Hahn & Kleinman 1983: 305), um Assoziationen anderer Heiltraditionen (zum Beispiel Ayurveda oder Homöopathie) mit Unwissenschaftlichkeit oder Prämodernität zu vermeiden und gleichzeitig kritische Distanzierung von konstruierten Kategorien wie „modern“ oder „wissenschaftlich“ zum Ausdruck zu bringen. In der medizinethnologischen Konzeption wird Biomedizin, ebenso wie alle anderen Medizinen, als soziokulturell bedingtes Medizinsystem verstanden, welches das Verständnis von Gesundheit, Krankheit, ihrer Entstehung und Heilung in Relation zu den jeweiligen sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen, Normen und Werten formt. Jedes Medizinsystem ist somit eine Ethnomedizin (ebd.: 306), wobei Biomedizin in diesem Artikel als europäisch-amerikanische Ethnomedizin verstanden wird.⁶

Dies soll nicht implizieren, dass Biomedizin unveränderlich und homogen ist oder ausschließlich europäisches beziehungsweise amerikanisches Wissen beinhaltet. Biomedizinische Paradigmen und Praktiken waren in ihrer historischen Entstehung in Europa enormen Wandlungen und Neuhierarchisierungen unterworfen (Foucault [1988/1963] 2008). Hinzu kommt, dass der globale Transfer medizinischen Wissens kein auf die Neuzeit beschränktes Phänomen ist, sondern Austausch und Integration fremdkultureller Heilkunden griechischer, jüdischer und islami-

scher Gelehrter bereits im Mittelalter und später in der Kolonialzeit erfolgten (Hörbst & Wolf 2003: 14-17). Biomedizinische Konzepte wurden und werden in lokale medizinische Kontexte integriert und mit lokalen Interpretationen versehen, beispielsweise wenn die Wirkung biomedizinischer Medikamente in Indien einer humoralen heiß-kalt Auslegungen unterworfen wird (Nichter 1987). Ebenso finden alternative medizinische Konzepte und Praktiken ihren Platz innerhalb globaler Biomedizin. Man vergegenwärtige sich als Beispiel die zunehmende Popularität der Akupunktur in Europa. Aus diesem Grund darf nicht von der Existenz *der* Biomedizin ausgegangen werden. Dennoch ist Biomedizin auch von einigen universelleren Merkmalen geprägt, welche unter Einfluss der philosophischen, naturwissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen Europas und Nordamerikas entstanden und in einer eurozentrischen Wissenschaftstradition verankert sind, so dass ein Verständnis von Biomedizin als europäisch-amerikanische Ethnomedizin gerechtfertigt erscheint.

Zu den grundlegenden biomedizinischen Paradigmen gehört die aus dem kartesischen Dualismus von Körper und Geist hervorgehende, mechanistische Vorstellung des rein materiellen menschlichen Körpers (Physiologie). Auf Grundlage dieser Körperkonzeption wird Krankheit im Sinne einer Abweichung von statistisch objektivierter normaler Funktion (Gesundheit) in den Fokus des biomedizinischen Interesses gerückt. Zudem resultieren ein Reduktionismus, welcher den Körper als unabhängig behandelbare Entität begreift sowie die Tendenz, Abweichungen vom physiologischen Normalzustand anhand isolierter und isolierbarer Kausalzusammenhänge zu erklären (Hahn & Kleinman 1983: 307, 312-313). Das biomedizinische Verständnis des Körpers und der seinen Funktionen zugrunde liegenden Wahrheit erklärt Kleinman (1995) durch den Einfluss des in Europa und Amerika institutionalisierten Monotheismus:

The idea of a single god legitimates the idea of a single, underlying, universalizable truth, a unitary paradigm. Tolerance of alternative paradigms is weak or absent. [...] Alternatives [...] are execrated as false beliefs by the profession as a whole. (Kleinman 1995: 27)

Das erklärt aber nicht nur den Wahrheitsanspruch der Biomedizin als Wissenschaft und ihre Tendenz zu monokausalen Erklärungen. Vielmehr

steht die Praxis der systematischen Objektivierung, Quantifizierung und Klassifizierung des menschlichen Körpers, welche in der Medizinethnologie als spezifische Merkmale der Biomedizin gelten, auch im Zusammenhang mit der Entstehung von Nationalstaaten, welche durch ihre Infrastruktur die statistische Erfassung und Untersuchung ihrer Bevölkerungen ermöglichten (Lock & Nguyen 2010: 82). Die Kombination aus diesem eher pragmatischen Grund, der Effektivität biomedizinischer Medikamente und den seit der Kolonialzeit etablierten Superioritätsvorstellungen⁷ der Biomedizin gegenüber anderen Heilkunden, haben Biomedizin in den dominanten Status der global am stärksten institutionalisierten Medizin erhoben. In dieser Position ist sie nicht nur zur Ausübung von Hegemonie über biologisch definierte Individuen und Bevölkerungen in der Lage.⁸ Durch ihre Dominanz im globalen Medizindiskurs übt sie Hegemonie vor allem auch gegenüber anderen Medizinen aus:

The assumption on the part of policy-makers is that biomedicine should be the gold standard against which the worth of all other types of medical practice must be assessed, very often by subjecting their technologies to randomized controlled trials. (ebd.: 54)

So werden auch in Deutschland in der Regel nur diejenigen alternativmedizinischen Behandlungen von den Krankenkassen übernommen, welche zuvor nach biomedizinisch evidenzbasierten Kriterien untersucht und für unschädlich befunden wurden.

3. Stillen im biomedizinischen Diskurs

Trotz der in den vergangenen Jahrzehnten häufig angeprangerten zunehmenden Medikalisierung des Stillens findet sich die Thematik in heilkundlichen Texten aus aller Welt und über die Jahrtausende hinweg. Wiederkehrende Themen und Interessen waren die Stimulation des Milchflusses, die prälakteale Gabe von Nahrung, unterschiedliche Qualitäten menschlicher Milch, die Übertragung von Charaktereigenschaften von der Frau auf das von ihr gestillte Kind, die Auswahl geeigneter Ammen sowie Gefahren und Vorteile des Stillens für den Säugling (Wickes 1953a). Bemerkenswert sind hierbei vor allem teilweise auch heute noch existierende Vorbehalte gegen Kolostrum, welche Grundlage für die tage- oder sogar wochenlange Verzögerung des Stillbeginns

bilden können. So bemerkt Wickes in seiner historischen Analyse von Praktiken der Säuglingsernährung aus dem Jahr 1953:

The practice of preventing the newborn infant from taking colostrum [...] has therefore been prevalent since the dawn of civilization and [...] is still almost universally adhered to by contemporary primitive tribes. (Wickes 1953a: 155)

Es wäre aber völlig falsch anzunehmen, dass die mit der biomedizinischen Forschung einhergehende scheinbare Rationalisierung der genannten Themen in den europäischen und amerikanischen Gesellschaften zum Verschwinden dieser teilweise sehr alten Denkmuster geführt hat und mit dem Stillen verbundene Tabus nicht weiterhin zu finden wären. Susan Hogan stellt demnach fest, dass es bei Müttern auch heute Vorbehalte gebe, ihren Säugling von beispielsweise einer nahestehenden Freundin stillen zu lassen, obwohl unter „rationalen“ medizinischen Gesichtspunkten, zum Beispiel Wissen über negative HIV-Testung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, keine Gefahr drohe (Hogan 2008: 152).

3.1. WHO-Leitlinien zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern⁹

Basierend auf Feststellung unterschiedlicher Mortalitätsraten von gestillten und anderweitig ernährten Findlingen in Waisenhäusern Europas etablierte sich spätestens im Laufe des 18. Jahrhunderts die Annahme, dass Stillen potenziell zur Senkung der Kindersterblichkeitsrate beitragen kann (Wickes 1953b: 238). Mit der Entstehung der modernen Biomedizin und der Entdeckung von Bakterien als Auslöser von Krankheiten im späten 19. Jahrhundert konnte die biochemische Untersuchung von Muttermilch vorangetrieben und deren schützenden Effekte auf der heute in der Biomedizin als wissenschaftlich geltenden Basis nachgewiesen werden. Dies gilt vor allem auch bei der Verhinderung von häufig tödlich verlaufenden Durchfallerkrankungen.

Zum Zeitpunkt der Gründung der WHO 1948, welche heute Leitlinien und Standards für korrekte Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern definiert, war Stillen unter Biomedizinern bereits als wirksames Mittel zur Verringerung der Säuglingsmortalität anerkannt. Unterernäh-

rung bei Kindern und daraus resultierende Erkrankungen und erhöhte Sterblichkeitsraten spielten in den ersten beiden Jahrzehnten der WHO-Programme eine wichtige Rolle. Im Fokus standen dabei jedoch vor allem die inadäquate Versorgung mit Proteinen (Protein-Energie-Mangelernährung PEM) durch Mangel oder mangelnde Nutzung vorhandener proteinreicher Nahrungsmittel sowie die Erforschung und Definition von Standards über die notwendigen Mengen an Nährstoffen und Vitaminen für eine optimale Entwicklung (WHO 2008: 145).¹⁰ Die Bedeutung des Stillens und die Notwendigkeit dieses zur Senkung der hohen Säuglingssterblichkeit in so genannten Dritte-Welt-Ländern zu fördern, rückte aber erst in den 1970er Jahren in den Fokus. Die WHO erkannte, dass sich die in Europa und Amerika bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts abzeichnende Tendenz immer weiter sinkender Popularität des Stillens durch Industrialisierung und Verfügbarkeit alternativer Säuglingsnahrung auch dort etablierte. Da die infektionsbedingte Säuglingssterblichkeit in diesen Regionen durch meist wenig Infrastruktur und niedrige Hygienestandards ohnehin sehr hoch war, war dies für die WHO alarmierend:

Third World communities were thought to be particularly crippled by the shift from breastfeeding to bottle-feeding because conditions of poverty in the Third World militated against sanitary uses of bottles, and formulas were often diluted, leading to an increase in infant disease and mortality. (Van Hollen 2002: 172)

Für den Rückgang der Popularität des Stillens wurde vor allem die global zunehmende exzessive Vermarktung von Ersatzbabynahrung verantwortlich gemacht. Aus diesem Grund empfahl die Weltgesundheitsversammlung 1974¹¹ neben Bemühungen für die Wiederbelebung des Stillens gleichzeitig Restriktionen bei der Vermarktung von Säuglingsnahrung (WHO 1981a: 7).¹² In den folgenden 15 Jahren wurde Muttermilch im Rahmen zahlreicher kollaborativer Studien weiter wissenschaftlich erforscht. Zudem wurden weltweite Stillpraktiken untersucht, insbesondere hinsichtlich ihrer Veränderungen durch die aggressive Vermarktung von Ersatzbabynahrung durch international agierende Konzerne. Hiermit sollten die Grundlagen für eine sinnvolle, an nationale Bedürfnisse angepasste Gestaltung von Interventionen geschaffen werden (ebd.: 8). Die Ergebnisse dieser Studien führten zum Erlass zahlreicher weiterer Resolutionen zum Thema sowie zur Formulierung

der WHO-Leitlinien zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern. Als eine der wichtigsten Leitlinien-Publikationen gilt *Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding: The Special Role of Maternity Services* (WHO 1989).¹³ Sie beinhaltet die so genannten *Ten Steps to Successful Breastfeeding* (WHO 1989: iv). Hierbei handelt es sich um universelle Standards zur Förderung des Stillens für alle mit der Betreuung von Schwangeren und Müttern betrauten Einrichtungen weltweit. Auch die *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (WHO 2003)¹⁴ bildet eine wichtige Leitlinie im WHO-Diskurs zum Stillen.

Die Leitlinien beinhalten insgesamt – neben zahlreichen Empfehlungen zu Implementierung, Bildung und Ausbildung sowie zur ökonomischen und politischen Umsetzung – alle biomedizinisch gültigen „Fakten zum Stillen“. Diese können auf der Homepage der WHO¹⁵ abgerufen werden und bilden die globale Agenda biomedizinischer Institutionen und Akteure zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern. Im Folgenden sollen die jeweiligen Empfehlungen zusammen mit ihren biomedizinischen Begründungen vorgestellt und hinsichtlich ihrer Universalität kritisch evaluiert werden.

3.2. Die globale Strategie der WHO im Kontext globaler Wissenshierarchien

Im Wesentlichen basiert der biomedizinische Wissenskorpus zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern auf immunologischen, epidemiologischen, biologischen und biochemischen Grundlagen. Alle diese Wissenschaftsbereiche teilen sich durch ihre historische Entstehung eine gemeinsame dominante wissenschaftliche Epistemologie und generieren ihre Erkenntnisse durch empirische Forschung. Die Leitlinien der WHO hierzu illustrieren dies sehr gut. Korrektes Stillen erfolgt laut WHO in den ersten sechs Lebensmonaten exklusiv, also ohne die prälakteale oder begleitende Gabe sonstiger Nahrung oder Flüssigkeiten (auch Wasser), wird ab dem siebten Monat mit geeigneter, hygienisch zubereiteter und gefütterter, vom Nährwert angemessener Nahrung komplementiert und im Idealfall bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes oder darüber hinaus fortgesetzt (WHO 2003: 7-9).

Unter den WHO-Veröffentlichungen finden sich daher auch zahlreiche Leitlinien, welche auf Grundlage biochemischer Analysen, Wachstumskurven und empirischer Studien aus unterschiedlichen Regionen defi-



nieren, wie eine das Stillen komplementierende Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern ernährungsphysiologisch altersgerecht und unter Verwendung lokaler Ressourcen gestaltet werden sollte (WHO 1998a).¹⁶ Stillen ist die absolute Norm und sollte frühestmöglich, in jedem Fall aber innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt beginnen, so dass jedes neugeborene Kind als erste Nahrung Kolostrum erhält.¹⁷ In einer auf der Internetseite der WHO zur Verfügung stehenden Publikation aus dem Jahr 2009, welche als Modellkapitel für medizinische Ausbildungsbücher zum Thema Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern genutzt werden soll, werden die Grundlagen für die Empfehlungen unter Verweis auf zahlreiche biomedizinische Studien und Publikationen erläutert.

Die Dominanz des evidenzbasierten biomedizinischen Ansatzes zur Generierung von Wissen verdeutlicht sich beim Lesen schnell, denn große Teile der biophysiologischen Erklärungen sind für in biomedizinisch geprägten Gesellschaften sozialisierte Personen „normal“. So wird anhand von Immunschutz durch Antikörper und bioaktive Proteine, Säuglingsmortalitäten durch Infektionskrankheiten bei unterschiedlichen Stillmustern¹⁸, biochemische und molekulare Nährstoffzusammensetzung sowie hormonelle Regulierung des Milchflusses durch den Saugreflex des Babys die Wichtigkeit und Richtigkeit der bestehenden Empfehlungen erläutert (ebd. 2009b).¹⁹

Konzepte wie Antikörper oder Hormone sind rein biomedizinischen Ursprungs und für diejenigen, deren Sozialisation und Schulbildung in einem entsprechend von der Biomedizin geprägten Milieu erfolgte, leicht verständlich. Die auf derartigen Konzepten basierenden globalen Leitlinien zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern richten sich natürlich auch vornehmlich an biomedizinische Akteure und Institutionen, die mit der Implementierung der Agenda betraut sind. Dennoch muss ein Übersetzungsprozess für diejenigen Zielgruppen der globalen Bevölkerung geleistet werden, die ihr medizinisches Wissen teilweise an anderen als dem biomedizinischen Bezugsrahmen orientieren – im Idealfall durch Einbeziehung lokalen medizinischen Wissens.

Ein Versuch in diese Richtung war die Entwicklung des Primary Health Care-Konzepts der WHO (zuvor Basic Health Services) in den 1970er Jahren, welches nach der Erhebung relevanter Daten über indigene Heiler, Medizinsysteme und Gesundheitspraktiken in verschiedenen Regionen, eine Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung hin zu einem integrativeren Ansatz zum Ziel erklärte:

To explore the merits of traditional medicine in the light of modern science, in order to maximize the useful and effective practices and discourage harmful ones; and to promote the integration of proven valuable knowledge and skills in traditional and scientific medicine. (WHO 2008: 126-127)

Anhand der Gegenüberstellung von „traditional“ und „scientific“ lässt sich sofort erkennen, dass es sich bei den zu integrierenden Medizinformen aus der Sicht der WHO keineswegs um Gleichberechtigte handelt. Zudem ist offensichtlich, dass sich die WHO als Repräsentant biomedizinischen Wissens das Recht vorbehält, „useful and effective“, aber auch „harmful“ selbst zu definieren. Die Existenz pluraler Medizinsysteme wurde also durchaus erkannt und, gerade im Kontext dieses Artikels, in welchem der Fokus auf der WHO als Repräsentant institutionalisierter Biomedizin liegt, muss der Vollständigkeit halber darauf verwiesen werden, dass die WHO seit den 1970er Jahren viel in die Integration nicht-biomedizinischer Heilkunden investiert.

Paul Kadetz (2011) führt überzeugend aus, dass der Prozess der Integration in nationale und globale Gesundheitsagenden jedoch immer mit einer Standardisierung von Theorie und Praxis einhergeht, welche sich am Modell der Standardisierung von Biomedizin im frühen 20. Jahrhundert orientiert. Dies gilt sowohl für die verschiedenen Heilkunden, als auch für diejenigen, die sie praktizieren. Alle heilkundlichen Bestandteile, welche sich dieser Standardisierung und Objektivierung entziehen, wie spirituelle Praktiken, Empathie oder Sinneserfahrungen, werden dabei ausgeschlossen. Dies hat einerseits Konsequenzen für Heiler, andererseits aber auch für deren Patienten. Heiler die dieser Reduktion durch Standardisierung nicht zustimmen, werden diskreditiert. Häufig erfolgt dies, indem ihnen Lizenzen entzogen oder das Praktizieren verboten wird. Heiler die zustimmen, können umgekehrt aber häufig metamedizinische Bedeutungsebenen der Gesundheit ihrer Patienten nicht mehr adressieren und verlieren somit als Personen ihre soziale Bedeutung und ihr Handeln verliert durch diese Reduktionen seinen sinnstiftenden Charakter (Kadetz 2011). Biomedizin ist also nicht die alleinige Heilkunde, welche Unterstützung durch die WHO erfährt. Mein Fokus erscheint aber dennoch gerechtfertigt, da ihre Superiorität gegenüber anderen Medizinen und in lokalen Kontexten dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Dies gilt auch für die biomedizinischen Paradigmen zum Stillen. Bezogen auf Indien wurde von der WHO in einer Studie zu Stillpraktiken



bereits in den Jahren 1976-1978 festgestellt, dass diese vom allgemeinen biomedizinischen Konsens in vielerlei Hinsicht abweichen. So begannen beispielsweise in den in Indien untersuchten Gruppen der Studie nur maximal 22 Prozent der Mütter innerhalb von zwölf Stunden nach der Geburt mit dem Stillen (WHO 1981a: 72). In der Zusammenfassung der Studienergebnisse wird festgestellt:

It would seem that prenatal care services directly or indirectly discouraged breast-feeding and that pre-existing attitudes among mothers [...] usually remained unaffected by their visits for prenatal care. (ebd.: 149-150)

Als Hauptgrund für die niedrigeren Stillraten bei gerade den Müttern, welche pränatale Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hatten, werden fehlenden Leitlinien zur Bildung und Information von Müttern über die Vorteile des Stillens genannt (ebd.: 150). Aber an keiner Stelle wird erwähnt, *warum* nicht früher mit dem Stillen begonnen wurde. Es sollte davon ausgegangen werden, dass Mütter diese Entscheidung bewusst und in Kongruenz mit ihrem Wissen über richtige und gute Ernährung ihrer Kinder getroffen haben und nicht aus dem Unwissen, welches biomedizinische Akteure in den Gesundheitseinrichtungen zu korrigieren verpasst hatten. Die WHO konstatiert zum Thema der Organisation von Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder an anderer Stelle: „The main problem was not so much lack of basic knowledge as the difficulty of applying existing knowledge“ (ebd. 2008: 141).

Offenbar wird biomedizinisches Wissen als ausreichend empfunden, um die angestrebten Veränderungen zu bewirken, was die Superioritätsvorstellungen und Hegemonieausübung der Biomedizin sehr gut illustriert. Dass sich auch die Mütter an einer epistemologischen Basis orientieren, welche ihr Verständnis von richtig und gesund formt, wird vernachlässigt. Ihr Wissen wird von Seiten der WHO-Akteure gar nicht als solches anerkannt. Dies widerspricht nicht nur dem im neuen Primary Health Care-Konzept formulierten Leitgedanken der Integration verschiedenen medizinischen Wissens. Die Vorstellung der Universalität und Richtigkeit biomedizinischen Wissens und die daraus resultierende „Blindheit“ gegenüber anderen Wahrheiten führt auch dazu, dass das Verständnis der Mütter über Risiken und Vorteile der jeweiligen Stillpraktiken nicht adressierbar wird.

3.3. Biomedizinische Epistemologie von Risiken und Ausübung von Biomacht

Als Hauptgründe für die Empfehlungen zum Stillen der WHO werden erhöhte Infektionsrisiken der Säuglinge bei abweichendem Stillverhalten genannt. Die Risiken werden also vor allem epidemiologisch begründet, beziehungsweise resultieren aus der allgemeinen statistischen Erfassung von Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten in der Gruppe nicht leitlinienkonform gestillter Säuglinge. Die Herstellung von Kausalität erfolgt durch Analyse der Ergebnisse biomedizinischer, evidenzbasierter Forschung. Dies gilt sowohl in Bezug auf Fallzahlen von durch Infektionen verursachten Todesraten bei nicht leitlinienkonform gestillten Säuglingen im ersten Lebensjahr, als auch hinsichtlich der biochemischen Zusammensetzung von Kolostrum (WHO 2009b: 3, 10). Kolostralmilch enthalte neben Vitaminen und Mineralien auch Leukozyten, Antikörper und andere antimikrobiell wirkende bioaktive Proteine, welche den Immunschutz der stillenden Mutter auf ihr Neugeborenes zu übertragen und Risiken potenziell tödlicher Infektionen somit zu vermeiden in der Lage seien (ebd.: 9-10). Zudem werde das Risiko von Infektionen und Allergien durch häufig verunreinigte oder unhygienische Gabe prälakteraler Substanzen erhöht (ebd. 1989: 21).

Neben dem Hauptfokus auf der Vermeidung häufig tödlich verlaufender Infektionskrankheiten bei Säuglingen, solle durch Einhaltung der Leitlinien und Standards bei der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, aber auch optimale physische und kognitive Langzeitentwicklung und damit zukünftige ökonomische Produktivität gewährleistet werden (ebd. 2009b: 3-5). Nicht zuletzt deshalb fungiert die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren als ein von den Vereinten Nationen anerkanntes Merkmal für den jeweiligen Stand der nationalen „Entwicklung“ und soll durch Verbesserung der Gesundheits- und Ernährungssituation, unter anderem durch frühes und exklusives Stillen, gesenkt werden (United Nations (UN) 2010).²⁰

All dies offenbart, wie Säuglinge, zumindest diejenigen in der so genannten Dritten Welt, von Epidemiologen als Risikogruppe identifiziert werden. Nichter hierzu: „Members of groups at risk are assumed to be exposed to important risk factors more often than members of other groups are“ (Nichter 2008b: 112). Die zur Risikogruppe erklärten Säuglinge und Kleinkinder werden dadurch zum „Ziel“ von Interventionen, die laut Selbsterklärung vor allem humanitäre Gründe haben. Die bei-

den Ansätze der WHO zur Reduktion von Risiken lauten demnach: „targeting high-risk people, who are most likely to benefit from the intervention“ und „targeting risk in the entire population, regardless of each individual's risk and potential benefit“ (WHO 2009a: 1).²¹ Der Schutz der Risikogruppe der Säuglinge vor potenziell tödlichen Krankheiten durch weltweite Standardisierung biomedizinisch korrekter Stillpraktiken, und somit globale Standardisierung mütterlicher Fürsorge, ist eine Form von Biomacht im Foucault'schen Sinne. Biomacht konstituiert sich durch die wissenschaftliche Erforschung, Objektivierung und Nutzbarmachung der Anatomie menschlicher Individuen, die „politische Anatomie des menschlichen Körpers“ in Kombination mit der Entstehung des Konzepts der Bevölkerung und ihrer messbaren Variablen wie zum Beispiel Säuglingssterblichkeitsraten, der „Bio-Politik der Bevölkerung“ (Foucault [1983/1976] 2003): 134-135).

Die biomedizinische Erforschung aller relevanten und untersuchbaren physiologischen und pathologischen Ausprägungen des Stillvorgangs bei Mutter und Kind und ein nationalstaatliches Bevölkerungskonzept bilden somit in ihrer Kombination die Grundlage für Biomacht. Biomedizinische Institutionen wie die WHO verfügen über die Biomacht, die korrekte Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern reduktionistisch zur Aufgabe von Gesundheitssystemen und damit von Staatsregierungen zu erklären, anstatt sie in pluralen sozialen, ökonomischen oder kulturellen Kontexten zu verorten. Die Standardisierung durch Leitlinien ist damit auch Ausdruck einer Definitionsmacht, Aspekte menschlichen Lebens, wie beispielsweise Stillpraktiken, zur Aufgabe von Biomedizin zu erklären und sich damit im globalpolitischen Entwicklungs- und Medizindiskurs durchzusetzen.

Die klinische Realität, welche die biomedizinischen Erklärungsmuster zum korrekten Stillen offenbaren, basiert auf einer Kombination monokausaler epidemiologischer Begründungen. Mit biomedizinischen Paradigmen inkongruente Stillpraxis birgt diesen Begründungen zufolge ein erhöhtes statistisches Risiko für Fehlentwicklungen und Krankheiten mit potenziell tödlichem Ausgang. Es werden also nicht nur Normen für biomedizinisch korrektes Stillen definiert. Darüber hinaus wird auch ein scheinbar universeller Normkörper konstruiert, von welchem individuelle Körper auf statistisch messbare, biomedizinisch objektivierte und objektivierbare Weise abweichen können, was das mechanistische biomedizinische Verständnis von Krankheit veranschaulicht (Lock & Nguyen 2010: 68-69). Ist dies der Fall, können die Abweichungen nicht nur

kausal begründet, sondern auch an Fehlverhalten oder Fehlentscheidungen gekoppelt werden. Als ein illustratives Beispiel hierfür nennt die Philosophin Rebecca Kukla (2006) die Verschiebung des Fokus von Stillkampagnen in Nordamerika weg von den Vorteilen des leitlinienkonformen Stillens, hin zu den Risiken des nicht leitlinienkonformen Stillens und den daraus resultierenden impliziten Schuldzuweisungen, welchen nicht oder nicht im Sinne der Kampagnen stillende Frauen zunehmend ausgesetzt seien.

Ebenso wie der konstruierte Normkörper scheinbar universell ist, wird auf der Grundlage der vermeintlich wertfreien evidenzbasierten, biomedizinischen Fakten für Krankheitsrisiken durch nicht leitlinienkonformes Stillen auch eine universelle Kausalität zugrundegelegt. Die allgemeine Risikodefinition der WHO aus dem Jahr 2009 lautet entsprechend folgendermaßen: „a factor that raises the probability of adverse health outcomes“ (WHO 2009a: v). Dies zeigt wie einzelne Faktoren als ausschlaggebend für gesundheitliche Beeinträchtigungen gesehen werden. Die Risiken, die mit Abweichungen von als „korrekt“ definierter Stillpraxis einhergehen, erscheinen damit als universelle Wahrheiten, die überall und für alle so objektivierten und normierten Körper gelten. Für die biomedizinische immunologische und epidemiologische Konzeption des Zusammenhangs zwischen leitlinienkonformem Stillen und Infektionen beim Säugling mag diese Form der Risikokonzeption zutreffend erscheinen. Die so konstruierten Risiken können aber, wie gezeigt werden soll, nicht unverändert in die Risikowahrnehmung von in anderen Medizintraditionen sozialisierten Menschen übertragen werden.

3.4. Quantifizierungen der Differenzen

Die indische Regierung initiierte 1992 die repräsentative nationale Erfassung demografischer und gesundheitsrelevanter Daten im ersten National Family Health Survey (NFHS-I). Zwei weitere Erhebungen erfolgten in den Jahren 1998/1999 (NFHS-II) und 2005/2006 (NFHS-III). Die Erfassung von Gesundheitsdaten folgt dabei der biomedizinischen Tradition, Abweichungen von als korrekt definierten Standards zu quantifizieren. In den NFHS werden die Leitlinien der WHO im Wortlaut für die Analyse der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern in Indien zugrundegelegt und Bezug zu den genannten Empfehlungen hergestellt. Im NFHS-I werden zahlreiche Abweichungen von diesen dokumentiert.



Den Erhebungen zufolge wurden zwar 95,4 Prozent der Kinder gestillt, indienweit wurden jedoch nur 9,5 Prozent (zwischen 1,5 Prozent in Bihar und 40,6 Prozent in Arunachal Pradesh) der Neugeborenen innerhalb der ersten Lebensstunde erstmals zum Stillen angelegt (International Institute for Population Sciences (IIPS) 1995: 271-272).²² Auch innerhalb der ersten 24 Lebensstunden lag der Anteil bei nur 26,3 Prozent, und 63,5 Prozent (zwischen 43,7 Prozent in Arunachal Pradesh und 92,9 Prozent im Punjab) aller Stillenden verwarfen erste Kolostralmilch vor dem Stillbeginn (ebd.: 272). Innerhalb des ersten Lebensmonats wurden nur 60,5 Prozent der Säuglinge exklusiv gestillt, wobei der Anteil mit steigendem Alter des Säuglings stark fällt und mit sechs Monaten nur noch gut ein Fünftel der Säuglinge ausschließlich mit Muttermilch versorgt wurde (ebd.: 274).

Vergleicht man die Zahlen mit denjenigen des NFHS-III sind teilweise eklatante Veränderungen ersichtlich. Die Zahl der innerhalb der ersten Stunde gestillten Säuglinge stieg auf 24,5 Prozent (zwischen 3,7 Prozent in Bihar und 59,4 Prozent in Goa) und innerhalb der ersten 24 Stunden auf 55,3 Prozent (zwischen 23,7 Prozent in Uttar Pradesh und 95,7 Prozent in Kerala), wobei im NFHS-III erstmals die Gabe prälakteraler Nahrung mit erhoben und mit 57,2 Prozent (zwischen 16,7 Prozent in Arunachal Pradesh und 90,6 Prozent in Bihar) beziffert wurde (IIPS und Macro International 2007: 278).²³ Innerhalb der ersten beiden Lebensmonate erfolgte in 69 Prozent der Fälle exklusives Stillen, wobei im vierten und fünften Lebensmonat nur noch 27,6 Prozent der Säuglinge ausschließlich Muttermilch erhielten (ebd.: 279). Ob Kolostralmilch verworfen wurde, ist aus dem NFHS-III nicht ersichtlich. Im NFHS-II wird der Prozentsatz indienweit jedoch noch mit 62,8 Prozent (zwischen 21,5 Prozent in Tamil Nadu und 87,3 Prozent im Punjab) angegeben (IIPS und ORC Macro 2000: 255).²⁴

Unter dem Einfluss zunehmender Umsetzung der globalen Leitlinien auf nationaler Ebene wurden also recht unterschiedliche Erfolge erzielt. Obwohl indienweit die Rate direkt nach der Geburt gestillter Säuglinge erhöht werden konnte, ist die Rate beispielsweise für Bihar mit 3,7 Prozent noch immer sehr niedrig. Hinzu kommen fast keine Veränderung zwischen NFHS-I und NFHS-II hinsichtlich der Gabe von Kolostrum und ein auch im NFHS-III sehr hoher Anteil von Säuglingen, die prälakteal gefüttert wurden. Exklusives Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten scheint zudem auch weiterhin nicht die Norm zu sein. Eine Folgestudie des Population Council aus dem Jahr 2009 zu Uttar Pradesh zeigt zudem

auf, dass auch bei Geburten in Gesundheitsinstitutionen nur 24 Prozent der Frauen innerhalb der ersten Stunde mit dem Stillen begannen und 50 Prozent prälakteal fütterten (Ardulas, Khan & Hazra 2010: 43-44). Die Differenzen zwischen den Leitlinien der WHO und den Ergebnissen der NFHS-Erhebungen werden keiner qualitativen Untersuchung oder Interpretation unterzogen. Von den Müttern wurden lediglich Informationen zu ihren Verhaltensweisen erhoben, nicht aber ihre Gründe. Dennoch werden die Differenzen begründet:

A majority [...] of women squeezed the first milk from the breast before they began breastfeeding their babies. This suggests the importance of launching an educational campaign to inform women about the benefits of providing the first breast milk to their children. (IIPS 1995: 270)

Aus dem Zitat wird ersichtlich, dass die Gründe für von den Empfehlungen abweichendes Verhalten in fehlender Bildung und Information über die damit verbundenen Vorteile gesehen werden. Damit wird impliziert, dass ohne die Vermittlung biomedizinischen Wissens zu Vorteilen des leitlinienkonformen Stillens kein Wissen vorhanden ist. Wissen muss in dieser Konzeption zu den Frauen gebracht werden, um deren Fehlverhalten, welches aus Unwissen resultiert, zu korrigieren. Aber Frauen treffen ihre Entscheidungen nicht in einem Wissensvakuum, sondern orientieren diese – ebenso wie Biomediziner auch – an ihrem soziokulturell geformten Körper- und Gesundheitsverständnis und damit einhergehenden Risiken, Vor- und Nachteilen bestimmter Verhaltensweisen.²⁵

Die biomedizinische Selbstwahrnehmung als kulturfreie, objektive Wissenschaft bietet alternativen Sichtweisen dieser Art jedoch keinen Raum. Nur so ist erklärbar, dass eigene Begründungen der untersuchten Frauen im Rahmen von Statistiken zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern nicht erhoben wurden. Anders als die Autoren des NFHS sehe ich die Gründe für die relative Stabilität einiger von den Leitlinien abweichenden Praktiken nicht ausschließlich im Mangel an Wissen. Da sich die geforderte „Bildung und Information“ an der Konzeption biomedizinisches Wissen vs. Unwissen orientiert, werden Körper- und Gesundheitsverständnis der Zielgruppe, also bereits vorhandenes Wissen, nicht adressiert. Biomedizinische Risiken werden als universell richtig und wahr vorausgesetzt und schließen dadurch alternative Verständnisse von Risiken und Vulnerabilität des Säuglings aus. Auf dieser Grund-



lage sind Belehrungen, aber keine Kommunikation möglich. Diese Konzeption von Informationsvermittlung und Bildung hat zur Folge, dass neue Informationen die gewünschte Verhaltensanpassung hin zu aus biomedizinischer Sicht korrektem Stillen nicht im gewünschten Maße bewirken können.

4. Stillen in populären Diskursen

Im Folgenden sollen anhand von stärker qualitativ ausgerichteter und ethnografischer Literatur Praktiken zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern in Indien näher beleuchtet werden. Mein Fokus liegt dabei auf der prälaktealen Gabe von Substanzen, dem Umgang mit Kolostralmilch und dem Zeitpunkt des ersten Stillens nach der Geburt des Kindes. Diese Aspekte weichen am eklatantesten von den biomedizinischen Leitlinien ab. Zudem erlauben sie am ehesten eine von anderen kontextuellen Rahmenbedingungen isolierte Betrachtung hinsichtlich zugrunde liegender Körper- und Gesundheitskonzeptionen, ohne sich dem Vorwurf der überzogenen Kulturalisierung auszusetzen. Hierfür sollen, soweit möglich, die Gründe für die jeweilige Stillpraxis aus der Sicht der Mütter und ihrer Familien einbezogen werden, um ihr Verständnis von richtiger und guter Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern zu erfassen. Leider muss dies auf der Basis von Literatur erfolgen. Aus der Heterogenität der Texte in Bezug auf Regionen und Gesellschaftsgruppen resultiert der exemplarische Charakter der hier vorgestellten Praktiken, die daher keineswegs als universell zu verstehen sind.

Durch umfangreiche Recherche ist es dennoch möglich, dominante Muster, welche zumindest bis zu einem gewissen Grad als repräsentativ gesehen werden können, herauszuarbeiten und auf zugrunde liegende Körper- und Gesundheitsverständnisse zu schließen. Es geht mir hierbei weniger um auf alle Kontexte übertragbare Konzepte, von deren Existenz und scharfer Begrenzung meiner Meinung nach nicht ausgegangen werden darf. Vielmehr sollen exemplarisch dominante Körperkonzeptionen und korrespondierende gesundheitliche Gefahren herausgestellt werden, um eine Sensibilität für mögliche, mit biomedizinischem Verständnis nicht fassbare Einflussfaktoren zu schaffen. Deshalb und aus kulturhistorischen Gründen wurden vereinzelt auch Beispiele aus Pakistan und Bangladesh mit einbezogen.

4.1. Stillen und Konzepte ritueller Unreinheit

Aus den in Kapitel 3.4. genannten Zahlen geht bereits hervor, dass Stillen in Indien die nahezu universelle Methode der Ernährung von Säuglingen darstellt. Das Verständnis vom Stillen eines Kindes geht aber über den Ernährungswert hinaus und beinhaltet auch moralische Verpflichtungen. Neben gesundheitlichen Aspekten erfüllt die Mutter ihre soziale Rolle, sichert die Fortexistenz der Familie und überträgt mit ihrer Milch Charaktereigenschaften auf ihr Kind (Reissland & Burghart 1988: 469). Das Stillverhalten der Mütter, auch jene Praktiken welche von biomedizinischen Institutionen wie der WHO als falsch oder schädlich eingestuft werden, orientiert sich immer an ihrem Verständnis dessen, was das Beste für ihre Kinder ist. Die Gabe prälaktealer Substanzen muss, ebenso wie die Verzögerung des Stillbeginns, in diesen Kontext eingebettet betrachtet werden.

Bis zum Einschuss der Muttermilch etwa ein bis drei Tage nach der Geburt sezerniert die weibliche Brust Kolostralmilch, welche sich durch weit geringere Menge und abweichende Farbe und Konsistenz von der späteren Milch unterscheidet. Kolostrum wird aufgrund dieser Eigenschaften von vielen Müttern in Indien als mengenmäßig nicht für die Sättigung ihres Neugeborenen ausreichend und insgesamt als unreife und daher schädliche Milch verstanden (Bandyopadhyay 2009: 1, 5). Durch die Assoziation von Kolostralmilch mit Eiter wird diese oft als nicht verdaulich angesehen, so dass sie unabhängig vom Zeitpunkt des ersten Stillens häufig zuvor manuell herausgedrückt und verworfen wird (Chaudhry 1997: 537). Es ist aber nicht, wie oft in biomedizinischer Literatur dargestellt, ausschließlich ein unreflektiertes Festhalten an einem traditionsbehafteten, statischen Kolostrum-Tabu, welches für diese Praxis verantwortlich ist. Vielmehr steht aus der Sicht der Mütter die Gesundheit ihres neugeborenen Kindes im Vordergrund. Eine Mutter äußerte sich im Rahmen einer qualitativen Untersuchung zum Thema in Westbengalen folgendermaßen:

Before I put him to breast I squeezed the yellowish liquid and threw it, as it is harmful for his health because he would not be able to digest this thick yellow liquid". (zit. n. Bandyopadhyay 2009: 5)²⁶

Aus der Sicht dieser Mutter geht das Stillen ihres Kindes mit Kolostirmilch mit dem Risiko von Verdauungsproblemen einher. Als hiermit zusammenhängende häufige Begründungen für den späten Stillbeginn wird die in weiten Teilen Indiens mit der Geburt einhergehende rituelle Unreinheit genannt.²⁷ Sie wirkt sich in mehrfacher Hinsicht auf den Zeitpunkt des ersten Stillens aus. Der größte Teil der Geburten in Indien erfolgt nicht in Krankenhäusern oder sonstigen Gesundheitseinrichtungen, sondern als Hausgeburt mithilfe einer traditionellen Hebamme von häufig niedrigem sozialem Status. Sie unterstützt nicht nur die Gebärende während des Geburtsvorgangs, sondern ist vor allem auch für die anschließende Reinigung von Mutter und Kind verantwortlich. Da es sich dabei um eine zutiefst unreine Aufgabe handelt, ist diese vielen dieser Hebammen in Indien exklusiv vorbehalten. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Geburt selbst von erfahrenden weiblichen Familienältesten wie Müttern oder Schwiegermüttern der Gebärenden überwacht und unterstützt wird. Eine befragte Mutter hierzu:

Someone was sent to fetch the dai [traditional birth attendant] during my labour pains, but in the meantime I had given birth. No-one attended to me or attempted to clean me or my baby. I was lying on the mud floor in a pool of blood and placenta with the baby still attached to the umbilical cord. When the dai arrived after an hour she cut the cord and cleaned me and my baby. (zit. n. Bandyopadhyay 2009: 4)²⁸

Das Zitat verdeutlicht das Verständnis über das Ausmaß der Unreinheit und den Einfluss auf Geburts- und Stillpraktiken in der Realität der Frauen, in diesem Fall die Verzögerung des Stillbeginns. Die mit der Geburt einhergehende Unreinheit betrifft Mutter und Neugeborenes, aber auch die mit ihnen lebenden Familienmitglieder, so dass nach der Geburt häufig in der Länge regional und nach Gesellschaftsgruppe variierende Segregationsphasen von Mutter und Kind praktiziert werden. Interessant ist hierbei vor allem, wie biomedizinische Konzepte und das Verständnis von ritueller Unreinheit von Müttern zu Erklärungsmustern integriert werden, beispielsweise wenn die Segregation nicht allein mit ritueller Unreinheit, sondern auch mit der erhöhten Anfälligkeit des geschwächten Mutter-Kind-Paares für Erreger von Infektionskrankheiten begründet wird (ebd.).

Erklärungen dieser Art zeigen, dass es sich bei Biomedizin nicht um

eine monolithische Entität handelt, sondern biomedizinische Erklärungen flexibel „indigenisiert“, also in lokale Kontexte eingefügt werden. Eine ähnlich kombinierte Begründung für die Notwendigkeit den Säugling nach der Geburt als allererstes zu baden, was ebenfalls zu späterem ersten Stillen führt, findet sich in einer Untersuchung von Fikree et al. (2005) aus Karachi:

Women who perceived the vernix as risky for the baby described it as “infected with germs”, “infected with germs from mother”, and “having maternal intestinal content”. (Fikree et al. 2005: 916)²⁹

Aussagen wie diese verdeutlichen, wie der biomedizinische Hygienediskurs in das regionale Verständnis ritueller Unreinheit, von welchem auch das Neugeborene betroffen ist, integriert wird und Praktiken dadurch Resultate kombinierter Kausalitäten sein können. Die letzte Aussage des Zitats bietet aber auch Einblick in das Körperverständnis, welches im Gegensatz zur Biomedizin einzelne Körpersysteme und -organe nicht als getrennte Entitäten begreift. Das reproduktive System und der Verdauungstrakt sind in der biomedizinischen Konzeption völlig unabhängig, was in Indien nicht zwangsläufig der Fall ist und häufig in der Verwendung derselben Bezeichnungen beispielsweise für Magen und Uterus Ausdruck findet.³⁰

Eine andere Manifestation der Unreinheitskonzeption welche erstes Stillen verzögert ist die Assoziation der unreinen Eigenschaften von Blut mit Kolostrum. Die mit Beginn der Schwangerschaft aussetzende Menstruationsblutung wird als Anstauung unreinen Blutes über die zehn lunaren Schwangerschaftsmonate verstanden. Kolostralmilch wird zudem bereits während der Schwangerschaft gebildet und abgegeben. Die Unreinheit von Kolostralmilch resultiert dementsprechend entweder aus Analogie dazu als verfallene und alte, da während der Schwangerschaft angestaute Milch (Reissland & Burghart 1988: 463), oder aber aus der Annahme, Kolostrum werde aus diesem angestauten unreinen Blut gebildet und habe deshalb dieselben Eigenschaften wie dieses (Zeitlyn & Rowshan 1997: 61).

Es geht aber keineswegs nur um rituelle Aspekte von Unreinheit. Vielmehr werden die unreinen Eigenschaften als gesundheitsschädigend wahrgenommen. Zwar wird Kolostrum in mehr oder weniger starker Ausprägung als unrein betrachtet; dass es nicht gefüttert sondern verworfen wird und die Mütter erst später als von der WHO vorgesehen

mit dem ersten Stillen beginnen, hat seine Gründe jedoch eher darin, dass Kolostralmilch als Auslöser von Übelkeit, Erbrechen und Diarrhö verstanden wird (Van Hollen 2002: 172). Gerade Durchfallerkrankungen verlaufen bei Säuglingen häufig tödlich, so dass die Verzögerung des ersten Stillens aus der Sicht der Mütter zum Schutz des Kindes vor Krankheiten erfolgt.

Die prälakteale Fütterung steht in engem Zusammenhang mit den genannten Gründen für die Verzögerung des Stillens, da die Neugeborenen anderweitig ernährt werden müssen. Eine nach prälaktealer Nahrungsgabe befragte Mutter aus einer qualitativen Untersuchung in Uttar Pradesh hierzu:

The child was hungry and stopped crying when my mother-in-law fed goat's milk with cotton. At night the milk started coming out of the breast on its own, then the child was fed breast milk. (zit. n. Arduas, Khan & Hazra 2012: 45)³¹

Die Wahrnehmung nicht ausreichender Milchmenge vor dem Milcheinschuss und Vorbehalte gegenüber Kolostralmilch sind Faktoren, welche die alternative Fütterung zur Sättigung des Kindes antreiben. Dennoch erfolgt prälakteale Fütterung nicht ausschließlich aus pragmatischen Gründen, sondern auch im Rahmen von Zeremonien und als Strategie zur Entfernung von Unreinheit, von welcher auch das Neugeborene betroffen ist. Die vor dem ersten Stillen verabreichten Substanzen variieren deshalb regional und nach jeweils zugeschriebener Funktion und beinhalten neben Kuh-, Büffel- oder Ziegenmilch auch Kräutermischungen, Honig, geklärte Butter (ghi), Wasser, Zuckerwasser, Tee oder Senföl (Bandyopadhyay 2009: 537). Der wahrgenommenen Unreinheit des Babys liegt der Gedanke zugrunde, dass dieses intrauterin unreine Substanzen und Schmutz schluckt, welche sich zum Zeitpunkt seiner Geburt noch im Magen befinden (ebd.: 5). Substanzen wie Honig, geklärte Butter oder Kräutermischungen werden verabreicht, um diese zu entfernen und Gesundheit des Neugeborenen zu gewährleisten. Eine Hebamme aus Karachi erklärt:

Ghutti [regional variierende Kräutermischung, SW] clears all of the waste from the baby's stomach and clears the stomach. If this waste stays in the baby's stomach, it can be harmful for the baby. (zit. n. Fikree et al. 2005: 915)³²

Die Erklärung der Praxis legt nahe, dass es sich um eine Strategie zur Unterstützung der notwendigen Entfernung des ersten Stuhls, dem so genannten Mekonium, handelt. Prälakteale Fütterung erfolgt aber auch häufig im Rahmen zeremonieller Riten für das neugeborene Kind. Die Gabe süßer Substanzen wie Honig oder Zuckerwasser durch nahestehende Verwandte des Neugeborenen symbolisiert dabei Wünsche für ein süßes, sorgenfreies und glückliches Leben des Kindes, wobei dies auch mit der Annahme verbunden ist, dass Moral und positive Charaktereigenschaften der fütternden Person mit der Nahrung auf das Baby übertragen werden (Reissland & Burghart 1988: 464). Die prälakteale Gabe von Honig und geklärter Butter ist dabei, zumindest für viele Hindus, Bestandteil der Lebensabschnittsriten³³ für das neugeborene Kind und wird von Pandey in seiner Kompilation übersetzter antiker Sanskritliteratur beschrieben (Pandey [1949] 1991: 73-74).

Hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung von Honig und geklärter Butter lohnt sich der Blick in das altindische medizinische Traktat Sushruta Samhita³⁴, eine der wichtigsten schriftlichen Grundlagen ayurvedischer Medizin.³⁵ Die dort beschriebenen Eigenschaften von geklärter Butter umfassen die Verringerung von Koliken, Fieber, Verstopfung, Sünden und Unglück, die Stimulation der Verdauung. Auch sei sie stärkend und zerstöre Gifte (Sushruta-Samhita 1999: 435). Ähnlich positive Merkmale werden auch für Honig aufgelistet, unter anderem sei er stärkend, reinigend, entgiftend und heilend, lindere Durchfall, Erbrechen und Durst und sei hilfreich gegen Würmer (ebd.: 442-443). Die Begründung der Praxis Neugeborenen prälakteale Substanzen zu verabreichen, um reinigende, abführende und gesundheitsfördernde Effekte zu erzielen und Risiken für das Baby zu minimieren hat demnach durchaus eine rationale epistemologische Basis. Beide Substanzen werden in der Sushruta Samhita als Nahrung für das Neugeborene bis zum vierten Tag nach der Geburt empfohlen – am Abend des vierten Tages, nach Einschuss der Muttermilch, solle das Kind dann erstmals gestillt werden (ebd. 2000: 227). Es findet sich zwar kein direkter Verweis auf die Schädlichkeit von Kolostrum, an anderer Stelle wird aber auf die Notwendigkeit verwiesen, vor dem Stillen manuell Milch zu entfernen: „If breasts are not slightly discharged, the child develops cough, dyspnoea and vomiting“ (ebd.: 232). Möglicherweise wurde diese Empfehlung mit den quantitativen und optischen Unterschieden zwischen Kolostralmilch und reifer Milch kombiniert und über die Zeit insgesamt als Schädlichkeit der ersten Milch interpretiert. Auch der Zusammenhang



von Menstrualblut und Muttermilch findet sich in der Sushruta Samhita:

In women having conceived, passages of channels carrying menstrual blood are obstructed by foetus and as such menstruation is not observed in them; thus being obstructed below it reaches upwards and further developed forms apara (placenta); the remaining portion goes higher up to breasts that is why the pregnant ladies have corpulent and protruded breasts. (Sushruta-Samhita 2000: 155)

Auch wenn Aspekte von Reinheit nicht direkt genannt werden, so ist in der Kombination die Schlussfolgerung, dass die erste Milch aus „altem“, „angestautem“ Menstruationsblut gebildet wird und daher unrein ist, naheliegend. Die Veränderungen der Farbe und Konsistenz der Milch in den Tagen nach der Geburt kann auf dieser Grundlage dahingehend interpretiert werden, dass sich die anfängliche Milch aus diesem als unrein verstandenen Menstruationsblut bildet, wohingegen die spätere Milch aus neuem Blut entsteht, da angestaute Unreinheit im Rahmen der Nachgeburtsblutung aus dem mütterlichen Körper entfernt wurde. Dies verdeutlicht die kreative Integration auch ritueller und religiöser Konzepte in populären medizinischen Diskursen.

Es erscheint zwar weit hergeholt an dieser Stelle Ideen aus alten Sanskrit-Texten zu zitieren, wo angenommen werden kann, dass die Begründungen der Praktiken der Mütter in den meisten Fällen nicht aus der Lektüre dieser Quellen resultieren. Mein Argument ist aber, dass es sich um dominante Ideen handelt, die im populärkulturellen Bereich und vor allem im Rahmen von Heiltraditionen über Jahrhunderte hinweg aufrechterhalten wurden, und, wenn auch teilweise unbewusst und keinesfalls monolithisch, als Konzepte und Episteme im Denken fest verankert sind und so Verständnisse des Körpers und von Gesundheit formen. Sie bilden die epistemologische Basis, das Wissen, welches zur Aufrechterhaltung von als richtig, gut und gesund verstandener Stillpraxis beiträgt. Als ein analoges Beispiel kann hier der bereits genannte kartesische Dualismus zwischen Körper und Geist aufgeführt werden, welcher sich im europäischen Kulturraum seit dem 17. Jahrhundert etablierte und die Wahrnehmung entsprechend sozialisierter Menschen heute auch dann prägt, wenn diese Descartes nicht gelesen und den Dualismus nicht bewusst reflektiert haben.

4.2. Stillen und humorale Konzeptionen von Gesundheit

Das Verständnis gesundheitlicher und mit der Nahrungsaufnahme verbundener Aspekte in humoraler³⁶ Weise ist in Indien über unterschiedlichste Gesellschaftsgruppen hinweg sehr weit verbreitet. Populäre humorale Konzeptionen resultieren dabei aus der Sozialisation in Umfeldern, welche von der großen humoraltheoretischen Medizin Südasiens, Ayurveda, geprägt sind.³⁷ Bei diesem Medizinsystem handelt es sich um eine hochkomplexe, sehr elaborierte Heilkunde und Philosophie zur Integration von Makro- und Mikrokosmos, deren Charakteristika in diesem Rahmen nicht vollständig dargestellt werden können. Ich werde daher nur die für den Kontext des Artikels wichtigsten Aspekte in stark vereinfachter Form nennen, so dass ein Bezug zum Stillen und zur Risikowahrnehmung möglich wird.³⁸

Gesundheit wird in ayurvedischen Konzeptionen als ein balanciertes, harmonisches Verhältnis der einzelnen Lebensenergien oder Körpersäfte³⁹ im Menschen verstanden. Jeder Mensch hat demnach eine individuelle humorale Konstitution auf Grundlage einer für ihn spezifischen Harmonie der Körpersäfte. Diese ist von Geburt an vorhanden und kann sich aufgrund von Vererbung, Schicksal, Karma oder astrologischen Konstellationen zum Geburtszeitpunkt manifestieren, wobei die Dominanz bestimmter Körpersäfte in verschiedenen Lebensstadien variieren und eine individuelle humoralkonstitutionelle Vulnerabilität bedingen kann (Nichter 1987: 378-379). Geraten die Körpersäfte ins Ungleichgewicht, resultieren Unwohlsein und Krankheit. Humorale Disharmonie und damit einhergehende Krankheit kann dabei durch zahlreiche Faktoren ausgelöst werden, beispielsweise jahreszeitliche klimatische Veränderungen, besondere Lebensstadien wie Schwangerschaft, starke Emotionen oder soziale Brüche. Aufgrund dieser Pluralität Ungleichgewicht auslösender Faktoren kann Krankheit plurale Ursprünge haben und multikausal erklärt werden, zum Beispiel als Resultat saisonaler Klimaveränderung in Kombination mit unangemessener Ernährung. Die Körpersäfte und Krankheiten werden ebenso wie Einflussfaktoren auf diese mit dualen gegensätzlichen Qualitäten wie heiß-kalt, feucht-trocken, stark-schwach etc. assoziiert (Leslie 1998: 4).

Auf dieser Grundlage wird auch möglich, dass durch Internalisierung jeweiliger Qualitäten externer Faktoren, wie beispielsweise durch die Aufnahme von Nahrung, das Gleichgewicht der Körpersäfte und deren Qualitäten im Körper beeinflusst werden. Gerade Ernährung spielt des-

halb im Kontext der Balance der Körpersäfte, der humoralen Körperkonstitution, so wie von Gesundheit und Krankheit eine wichtige Rolle. Nahrungsmitteln sind ebenso wie verschiedenen Umweltbedingungen, Krankheiten oder Lebensstadien bestimmte der genannten Eigenschaften inhärent, wobei in diesem Kontext vor allem heiß-kalt Qualitäten von Nahrungsmitteln betrachtet werden sollen.⁴⁰ Ob Gruppen von Nahrungsmitteln von heißer oder kalter Qualität sind, richtet sich dabei nicht zwangsläufig nach ihren physischen Eigenschaften oder Gemeinsamkeiten wie Farbe, Form, Konsistenz oder Temperatur, sondern, wie Pool anmerkt, nach den Effekten, welche sie auf den Körper, die Körpersäfte und die allgemeine humorale Konstitution derer haben, von welchen sie konsumiert und verdaut werden (Pool 1987: 390). Heiße beziehungsweise kalte Nahrung ist also nicht per se krankheitsauslösend oder gesund, vielmehr sind das Maß und die Korrespondenz mit möglicherweise bereits existierenden humoralkonditionellen Veranlagungen ausschlaggebend. Die Zeit einer Schwangerschaft ist beispielsweise der weitverbreiteten Meinung nach eine mit Vulnerabilität für heiße Nahrung einhergehende heiße Kondition, so dass in ihrem Verlauf auf den Genuss von als heiß klassifizierten Nahrungsmitteln verzichtet werden sollte, um der Entwicklung heißer Erkrankungen entgegenzuwirken (ebd.: 396).

Leider existiert zum expliziten Zusammenhang von heiß-kalt Konzeptionen und prälaktealer Fütterung, Vorbehalten gegenüber Kolostrom und Zeitpunkt des ersten Stillens nach der Geburt wenig Literatur. Dafür findet sich eine Fülle von Artikeln zur Thematik der Ernährung und des Verhaltens von Schwangeren und Stillenden und den Auswirkungen auf die Entwicklung heißer beziehungsweise kalter Krankheiten beim Baby durch Transfer der Umwelt- und Nahrungsqualitäten über die Muttermilch.⁴¹ Dies verdeutlicht, dass humorale Ideen zu Gesundheitserhalt und Krankheitsverursachung hinsichtlich des gestillten Kindes sehr wohl eine Rolle spielen. Storer (1977) hierzu: „During lactation various ‚cold‘ foods [...] were avoided. It was thought that the ‚cold‘ [...] nature of these foods caused the infant to catch a cold or a cough“ (Storer 1977: 36). Über reine Gesundheitsaspekte hinaus offenbart sich im Zitat nebenbei auch die sozialintegrative Funktion, welche die moralische Verantwortung für das Wohlergehen des von ihr gestillten Kindes sowie soziale Kontinuität im Verhalten der Mutter verortet.

Obwohl ich davon ausgehe, dass Kolostrum beziehungsweise Muttermilch ebenso wie andere Nahrungsmittel mit bestimmten humoralen Qualitäten assoziiert werden, kann hierfür kein Beleg geliefert werden.



Für die ebenfalls humorale Dimension der prälaktealen Gabe von Substanzen und dem häufig damit einhergehenden Aufschub des ersten Stillens finden sich jedoch Hinweise. Eine Respondentin der Studie von Fikree et al. (2005) äußert zur Begründung der prälaktealen Gabe von mit Zucker und Salz angereichertem Wasser:

for the baby to urinate frequently. By urinating, the heat inside the baby's body is released and then the baby feels hungry. This is necessary for the newborn's health. (zit. n. Fikree et al. 2005: 915)⁴²

Auch wenn die Frau nicht nennt, inwiefern die Gesundheit des Kindes durch die nicht ausgeschiedene Hitze beeinträchtigt wird, wage ich die Interpretation, dass hierbei auch die Wahrnehmung eines Risikos für Durchfallerkrankungen mitschwingt. Ohne völlige Universalität zu konstatieren und Abweichungen auszuschließen, kann doch gesagt werden, dass Durchfallerkrankungen in Indien als heiße Erkrankungen verstanden werden. Dies lässt sich anhand meiner Literatur schlussfolgern, findet eine gewisse Bestätigung aber auch in meinen persönlichen Erfahrungen mit Ratschlägen von Indern zur richtigen Nahrung bei Durchfall. Kommt dieser zur Sprache, wird meist ein Gericht aus Joghurt und Reis empfohlen. Beide Nahrungsmittel gehören der weit verbreiteten Meinung nach zur Kategorie kalter Nahrung.⁴³ Offenbar resultiert die Empfehlung kalter Nahrung für die heißen Durchfallerkrankungen aus der Komplementarität ihrer Qualitäten, so dass die heiße Kondition durch kalte Einflüsse wieder ins richtige und damit gesunde Gleichgewicht gebracht werden soll.

Ein weiterer Beleg für die auch humorale Dimension prälaktealer Fütterung findet sich in den Untersuchungen von Reissland und Burghard (1988), wo Mütter Ziegenmilch als ideale erste Milch für das Neugeborene zur Überbrückung bis zum ersten Stillen durch die Mutter nannten (Reissland & Burghard 1988: 464). Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf ayurvedische Texte, in welchen die Superiorität von Ziegenmilch gepriesen wird, da diese alle Körpersäfte zu beeinflussen in der Lage sei, Durchfall vorbeuge und das Verdauungsfeuer und somit effektive Verdauung anrege.⁴⁴ Das Beispiel legt nochmals nahe, dass ein Verständnis humoralkonstitutioneller Vulnerabilität des Neugeborenen für potenziell gefährliche Erkrankungen existiert, und sich die Auswahl geeigneter prälaktealer Nahrung an dieser epistemologischen Basis ori-

entiert. Abschließend soll noch ein weiteres Beispiel aus Bangladesh genannt werden, bei welchem eine aus biomedizinischer Sicht schädliche Praxis im humoralen Kontext verstehbar wird:

There [in Bangladesh, SW] milk is classified as hot. Diarrhea is also hot and as a result infants with diarrhea are fed diluted milk. [...] The different types of milk are also graded in terms of their heat value, and the hotter the milk, the more it is diluted before being given to the sick infant. (Pool 1987: 393)

Das Zitat steht zwar nicht in direktem Zusammenhang mit der Thematik des Stillens, illustriert aber sehr gut, wie aus biomedizinischer Sicht potenziell riskantes Verhalten in Form von Verdünnung mit möglicherweise durch Infektionserreger kontaminiertem Wasser eine rationale, im Verständnis der Mütter humoralbasierte gesundheitsfördernde Maßnahme darstellt. Diese kann mit Verweis auf potenzielle Risiken durch kontaminiertes Wasser nicht beeinflusst werden, sondern muss vorher verstanden und damit adressierbar werden. Die Wahl eines Beispiels, in dem Milch, anders als oben beschrieben, heiße Eigenschaften zugeschrieben werden, erfolgte dahingehend, dass es mir nicht um eine absolute heiß-kalt Einteilung von Nahrungsmitteln oder Krankheiten geht. Ziel war vielmehr zu zeigen, dass verschiedene humorale Klassifikationen existieren, und dass die Existenz dieser indigenen gesundheitsrelevanten Konzepte trotz oder sogar wegen ihrer jeweiligen regionalen Varianz untersucht und verstanden werden muss, um indigene Körper- und Gesundheitskonzeptionen und Wahrnehmungen von Risiken und Vulnerabilitäten verstehen und adressieren zu können.

4.3. Populäre indigene Epistemologien von Risiken

Eine Vielzahl von auf mehreren Ebenen miteinander verwobenen Konzepten liegt indigenen Verständnissen für den Schutz des Neugeborenen vor ernährungsinduzierten Krankheiten zugrunde. Ob instabile humorale Konstitution, Gefahren der Unreinheit oder Anfälligkeit für übelwollende Geister oder den bösen Blick⁴⁵, alle können letztlich auf den marginalen Zustand des Neugeborenen und seiner Mutter zurückgeführt werden (Van Gennep [1986] 2005). Beide befinden sich in einem Übergangsstadium zwischen unterschiedlichen sozialen Rollen und



Ernährungs- und Verdauungsmodi, woraus Gefahren wie Unreinheit, Schwäche und Anfälligkeit für negative Kräfte und Krankheiten resultieren. Für das Neugeborene ist dies eine Phase der Transformation vom intrauterinen Fötus, welcher über die Plazenta durch das mütterliche Blut versorgt wurde, hin zu einem mit mütterlicher Milch ernährten neuen Mitglied der sozialen Gruppe, in welche es hineingeboren wurde. Es geht also um einen Komplex von „Gefahr, die durch das Überschreiten innerer Trennlinien des Systems ausgelöst wird“ (Douglas 1988: 162).

Da sich die potenzielle Gefahr für den Säugling aus vielen Quellen speist, muss dieser auch auf verschiedenen Ebenen begegnet werden: Unreinheit muss entfernt, die Verdauung stimuliert, humorales Ungleichgewicht ausgeglichen und Schutz vor übelwollenden Entitäten gewährleistet werden. Dies erfolgt im Rahmen von Ritualen und durch Isolation, aber auch durch die Zufuhr funktionaler Nahrung wie Kräutern zur Reinigung des Magen-Darm-Trakts oder Salz zur Entfernung exzessiver Hitze. Gleichzeitig wird unangemessene Nahrung wie Kolostralmilch auf der Grundlage von Reinheitsaspekten und Verdaubarkeit vermieden. Von ausgesprochener Wichtigkeit ist in diesem Zusammenhang ein Verständnis der Wichtigkeit des Verdauungsprozesses. Analog der schrittweisen Herstellung und Reinigung von Milch zu geklärter Butter wird Nahrung im Körper im „Verdauungsfeuer gekocht“ und somit in reine und unreine Teile getrennt (Tabor 1981: 453). Art und Menge der Nahrung müssen dabei an die Kapazität des Verdauungsfeuers angepasst werden, um Krankheit durch eine Ansammlung nicht oder unzureichend verdauter Nahrung in Form von Gift und mit unvollständiger Verdauung einhergehendem humoralen Ungleichgewicht entgegenzuwirken (ebd.: 442-443, 447).

Alle genannten Praktiken, prälakteale Fütterung mit unterschiedlichen Substanzen, Vorbehalte gegen die Fütterung von Kolostrum und das möglicherweise um Stunden oder Tage verzögerte erste Stillen des Neugeborenen, versuchen in Relation zum Körperverständnis die mögliche Entwicklung von Krankheiten zu vermeiden. Bei indigenen Risikowahrnehmungen handelt es sich ebenso wie bei den biomedizinischen um soziokulturelle Konstruktionen. Daher sind sie ebenso wenig universell wie die Maßnahmen, welche zur Krankheitsvermeidung ergriffen werden. Und sie sind ebenso wenig universell wie diejenigen der Biomedizin.

5. Differente Risikokonzeptionen und praktische Folgen

Abschließend sollen an dieser Stelle die wesentlichsten Differenzen, die sich anhand meiner Ausführungen feststellen ließen, nochmals gemeinsam betrachtet werden und auch der Umgang mit diesen von Seiten der Biomediziner sowie mögliche sich daraus ergebende Folgen kurz skizziert werden. Jeweils als gut und richtig verstandenes Stillen für die Vermeidung von Krankheit und Gesundheit des Neugeborenen ist dabei sowohl aus biomedizinischer als auch aus populärer Perspektive von Wichtigkeit. Aus biomedizinischer Perspektive steht allerdings die möglichst vollständige Vermeidung von Risiken in Form von Infektionskrankheiten durch leitlinienkonformes Stillen im Fokus. Der Säugling mag auch in dieser Konzeption eine gewisse Anfälligkeit für potenziell tödliche Krankheiten aufweisen. Diese ist allerdings nicht so sehr isoliert, sondern vor allem in Kombination mit inkorrektem Stillen ein Problem. Aus der Perspektive der wenigen Frauen, die in der Literatur zu Wort kommen, scheinen nicht ausschließlich Infektionen durch Stillpraktiken die Risikowahrnehmungen zu formen. Vielmehr scheint eine Vulnerabilität und relative Schwäche des Säuglings im Mittelpunkt zu stehen, die nicht in erster Linie aus falschem Verhalten resultiert, sondern per se vorhanden ist, aber durch richtiges Verhalten positiv beeinflusst werden kann. Diese Schlussfolgerung wird im Kontext Indiens auch durch die Feststellung des renommierten Medizinanthropologen Mark Nichter gestützt, dass gewisse „akzeptable Risiken“ für die Gesundheit existieren, die zu minimieren zwar versucht wird, die aber als normale, nicht völlig vermeidbare Begleiterscheinungen des Lebens gesehen werden und dadurch Risikoverständnisse formen (Nichter 2008b: 56-57)

Unabhängig von der Thematik des Stillens sind Risiken oder Vulnerabilitäten aus der Sicht der Laien insgesamt Resultate multikausaler Zusammenhänge und niemals auf einen einzigen Einflussfaktor beschränkt oder beschränkbar. Aus biomedizinischer Perspektive sind Risiken auf der Grundlage von Monokausalitäten konzipiert, bei der bestimmte isolierte Verhaltensweisen bestimmte damit korrespondierende Konsequenzen nach sich ziehen. Der Monokausalitätsgedanke führt dabei zur Annahme von Universalität der Risiken und ihrer Einflussfaktoren, aber darüber hinaus auch zur Annahme einer Gültigkeit biomedizinischen Wissens ganz allgemein. Durch das Paradigma der Monokausalität ist die Realität untersuchbar, messbar und auf Grundlage des so gewonnenen Wissens als statistisch objektivierbare und quantifizierbare

Wahrscheinlichkeit auch vorhersehbar.

Eine derartige Risikokonzeption legitimiert den allgemeinen Wahrheitsanspruch von Biomedizin aus ihrer eigenen Sicht. Dies spiegelt sich auch im Umgang von Biomediziner*innen mit von dieser Konzeption abweichenden Verständnissen von Risiken wider, der wohl als Resultat dieses Wahrheitsanspruches von Superioritätsvorstellungen gekennzeichnet ist. In der Praxis werden Differenzen in Risikowahrnehmungen und unterschiedliches Wissen um Risiken hierarchisiert, wobei populäre indigene Risikowahrnehmungen und Vulnerabilitätsverständnisse biomedizinischem Risikoverständnis untergeordnet werden. Dies ist keineswegs nur in Indien der Fall, sondern lässt sich global auf unterschiedlichste Kontexte übertragen, beispielsweise wenn in der Arzt-Patienten-Kommunikation das Patientenwissen um Einflüsse verschiedener Nahrung auf die Verbesserung oder Verschlechterung seines Krankheitsbildes von Seiten des Arztes als unwissenschaftliche Esoterik oder Einbildung abgetan wird, weil es von den biomedizinischen Erklärungen abweicht.⁴⁶

Ein ähnliches Beispiel aus Südindien illustriert dies in aufschlussreicher Art und Weise. Es stammt aus dem Kontext einer Feldforschung der Ethnologin Cecilia Van Hollen (2002) mit Müttern, Ärzten sowie Gesundheitspersonal in einem so genannten babyfreundlichen Krankenhaus in Tamil Nadu.⁴⁷ Anhand zahlreicher beobachteter und analysierter Gespräche zwischen Ärzten und Patientinnen stellt sie fest, dass Ratschläge zur korrekten Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern ohne jede Erklärung und Adressierung von Patientenwissen gegeben werden:

Rather, as soon as there is mention of restricting any foods and when humoral theories of "hot" and "cold" are evoked, a red flag goes up and people are accused of doing something wrong [...]. When the "wrong" is being done to the baby the tone of the discourse becomes saturated with a sense of criminality. (Van Hollen 2002: 175)

Auch wenn das Zitat nicht direkt mit den im Kontext dieses Artikels untersuchten Aspekten des Stillens zusammenhängt, sondern mit der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern allgemein, ist es dennoch ein aussagekräftiges Beispiel für den von Superiorität und Abwertung des Laienwissens geprägten Umgang mit differenten Risikowahrnehmungen. Van Hollen bezeichnet den Vorgang der Beschimpfung und Beschuldigung in vielen Krankenhäusern als Akt der Infantilisierung

der Frauen, weil diese wie unwissende Kinder behandelt und auf dieser Grundlage bevormundet würden (Van Hollen 2002: 177). Diese von Superioritätsvorstellungen biomedizinischen Wissens geprägte Umgangsweise mit Differenzen in Risikowahrnehmungen und Gesundheitsbeziehungswiese Krankheitskonzeptionen weist dadurch Parallelen mit ehemals kolonialer Bevormundung auf. Basierend auf der Tatsache, dass es sich auch bei Biomedizin um eine kulturell konstruierte Medizinform mit ihr eigenem Verständnis von Universalität und Kausalität handelt, führt Biomedizin koloniale Hegemonie in Form von postkolonialer kultureller Hegemonie fort. Dies geschieht nicht nur aufgrund ihrer Dominanz gegenüber anderen Medizinen im Kontext pluraler Heilkunden, sondern auch durch biomedizinische Normierung, Standardisierung und Definition von Körper, Gesundheit und Krankheit.

Verständnisse von Frauen in Indien, wie diejenigen im obigen Beispiel des babyfreundlichen Krankenhauses in Tamil Nadu, werden dieser biomedizinisch objektivierten Sicht untergeordnet. Weicht indigenes Wissen um Körper, Gesundheit und Krankheit von diesem Konsens ab, wird es ebenso wie daraus resultierende Verhaltensweisen als „falsch“ deklariert und verurteilt. Diese Form der Biomacht der biomedizinischen Eliten beziehungsweise der WHO dient dabei vor allem dem Erhalt eigener Dominanz und Legitimation. Die Definition von Risiken und Risikogruppen erfolgt auf der Grundlage der Abwertung des Wissens derer, die als Zugehörige der Risikogruppe definiert wurden. Wieder lassen sich Parallelen zu kolonialen Medizindiskursen in Britisch-Indien feststellen, in welchen ebenfalls versucht wurde, durch Abgrenzung und Abwertung indigener Medizinformen den Status der biomedizinischen Eliten zu erhöhen und stabilisieren.⁴⁸

Leitlinien wie diejenigen der WHO zum Stillen sollen Säuglingen und Kleinkindern in Indien im Sinne einer Vermeidung potenziell tödlicher Infektionskrankheiten und Fehlentwicklungen zugutekommen. Für die Mütter dieser Kinder resultiert aus der Bevormundung, Abwertung und Ignoranz gegenüber ihren Risikowahrnehmungen und Vulnerabilitätsverständnissen in indischen Gesundheitseinrichtungen jedoch häufig ein Verlust des Vertrauens in Biomediziner und biomedizinische Institutionen. Deren Angebote werden von ihnen folglich für ihre Kinder nicht im von WHO und indischer Regierung beabsichtigten Maße in Anspruch genommen. Dies gilt vor allem auch für Mütter von niedrigem sozialen Status, da diese auf Grundlage ihrer Bildungsferne häufig noch stärkerer Bevormundung ausgesetzt sind. In diesem Kontext stellt auch Van Hollen fest:

The irony is of course that many lower-class women in Tamil Nadu may not use government biomedical MCH [Maternal and Child Health, SW] care services, particularly in-hospital services, in part because of the forms of condescension, blame and discrimination they experience. (Van Hollen 2002: 178)

Im Zusammenhang mit der hier fokussierten Thematik des leitlinienkonformen Stillens bedeutet dies, dass sich Mütter Schuldzuweisungen wegen ihrer „falschen“ Stillpraxis ausgesetzt sehen, wenn sie ihre an Infektionen erkrankten Kinder zur Behandlung in Gesundheitseinrichtungen bringen. Sie müssen für die aus biomedizinischer Sicht mit nicht leitlinienkonformem Stillen assoziierten Risiken die alleinige Verantwortung übernehmen. Dies widerspricht den sehr viel sozialintegrativeren indigenen Konzeptionen, in welchen neben dem mütterlichen Verhalten eine Reihe von Faktoren für Krankheiten oder Tode von Säuglingen und Kleinkindern verantwortlich gemacht werden können, beispielsweise Kombinationen aus dem bösen Blick, Karma, übelwollenden Entitäten, Unreinheit, Ernährung, Klima oder humoraler Konstitution.

Man mag mir an dieser Stelle vorwerfen, dass lediglich auf den Umgang der Biomediziner mit den aufgezeigten Differenzen eingegangen wurde, Umgangsstrategien der Frauen mit biomedizinischen Konzeptionen aber vernachlässigt wurden. Dies hat zwei Gründe. Zum einen ist es der Tatsache geschuldet, dass die Implementierung biomedizinischer WHO-Leitlinien auf lokaler Ebene fokussiert wurde und gezeigt werden sollte, inwiefern diese lokale Risikowahrnehmungen, Körper-, Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen nicht zu adressieren vermögen. Zum anderen ist aus der vorhandenen Literatur nicht klar ersichtlich, welcher Umgangsstrategien sich die Frauen in Indien in diesem Kontext bedienen.

Zwar existiert Literatur darüber, wie biomedizinische Konzeptionen in unterschiedlichen lokalen Kontexten in bestehende Wissenssysteme integriert werden.⁴⁹ Was aber die Thematik des Umgangs mit den Leitlinien zum Stillen der WHO angeht, müsste für eine tiefgreifende Analyse Feldforschung betrieben werden, was in diesem Rahmen nicht erfolgen konnte. Aus der Analyse von existierenden ethnografischen Texten und qualitativen Studien ist zudem nicht immer klar ersichtlich, wann es sich um Umgangsstrategien betroffener Frauen mit biomedizinischen Konzepten selbst handelt und wann Verhaltensweisen eher als Folge des herablassenden Umgangs von Biomedizinern mit dem Wissen der Frau-

en resultierten. Die sich daraus für diesen Artikel ergebenden methodischen Limitationen könnten die Grundlage künftiger Datenerhebungen bilden und dadurch bei einem besseren Verständnis der emischen Perspektive der Frauen helfen.

6. Ausblick

Abschließend möchte ich auf noch offene Fragen verweisen, welche Gegenstand weiterführender Forschung sein könnten. Anhand der NFHS ließen sich teilweise deutliche Veränderungen hinsichtlich des Zeitpunkts erstmaligen Stillens feststellen, dennoch änderte sich wenig an den Praktiken Kolostrum zu verwerfen und prälakteal zu füttern. Was den Umgang mit Kolostrum angeht, bleibt die Literatur sehr vage. Eigentlich wird es über mehrere Tage nach der Geburt sezerniert und geht erst nach und nach in die spätere Muttermilch über. Trotz meiner intensiven Beschäftigung mit dem Thema war für mich nicht ersichtlich, was genau mit Kolostrum beziehungsweise dessen Entfernung jeweils gemeint war. Wie kann erklärt werden, dass Mütter angaben, kein Kolostrum zu füttern, mit dem Stillen aber kurz nach der Geburt begannen? Hieß Verwerfen von Kolostralmilch nur ein Herausdrücken der ersten Tropfen vor dem Stillen? Oder Entfernung der Milch bis sie „normal“ aussah? Wie wurde nach Kolostrum gefragt, beziehungsweise welche regionalsprachlichen Begriffe existieren hierfür und wurden verwendet? Existieren eigene Kategorien für Kolostrum in Abgrenzung zur späteren Milch, oder wird Kolostralmilch überhaupt als Milch gesehen? Hier könnte weitergehende Forschung ansetzen und mit Sicherheit einiges zur Klärung noch offener Fragen und Interpretation existierender Literatur beitragen.

Hinsichtlich der prälaktealen Fütterung muss mit Blick auf die Zahlen der NFHS festgestellt werden, dass diese Praxis offenbar weniger stark beeinflussbar ist als der Zeitpunkt des ersten Stillens. Dies legt den Schluss nahe, dass die Kompetenz für die Bestimmung des optimalen Zeitpunkts für erstmaliges Stillen im Bereich der Biomediziner gesehen wird, deren Informationen aber prälakteale Fütterung offenbar nicht zu adressieren vermögen. Auch hier wäre von Interesse, inwieweit prälakteale Fütterung und unterschiedliche hierfür verwendete Substanzen in populären Wahrnehmungen eigene Kategorien bilden, und ob beziehungsweise wie diese mit dem Vorgang des Stillens an sich zusammen-

hängen und vereinbar sind.

Zuletzt bleiben aber auch für das Thema Risikowahrnehmung oder Vulnerabilitätsverständnis im Kontext von Krankheit Fragen offen. Orientiert sich elterliche Fürsorge tatsächlich eher an einer per se vorhandenen, teilweise unvermeidbaren, aber beeinflussbaren Vulnerabilität ihrer Säuglinge für Krankheiten? Und spielen Konzepte wie Risiko eine Rolle und wenn ja, welche? Diese Fragen könnten mit Blick auf die allgemeine Behandlung und Fürsorge für Kleinkinder über den Kontext des Stillens beziehungsweise von Ernährung hinaus Grundlage weitergehender Forschung sein. Durch Erweiterung des Fokus und Vergleich verschiedener soziokultureller Kontexte miteinander könnte systematisch analysiert werden, welche Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten biomedizinische und populäre Konzeptionen von Krankheitsanfälligkeit haben. Die bisherigen, größtenteils eurozentrischen Risikotheorien könnten dadurch um einen stärker ethnologischen Ansatz erweitert werden und möglicherweise zum besseren Verständnis unterschiedlicher Konzeptionen von Gefahren für Gesundheit beitragen – im Idealfall mit Implikationen für eine integrativere künftige globale Gesundheitsversorgung.

Endnoten

- 1 Stillen bezeichnet im Kontext dieses Artikels das Anlegen des Kindes an die weibliche Brust zur Aufnahme von Muttermilch (im Sinne von Säugen).
- 2 Der Begriff Biomedizin meint die im allgemeinen Sprachgebrauch meist als Schulmedizin bezeichnete Heilkunde. Auf Entstehung und Verwendung des Begriffs wird unter Kapitel 2.1. genauer eingegangen.
- 3 Der Begriff „Säugling“ bezeichnet ein Kind innerhalb des ersten Lebensjahres, unabhängig davon ob es gestillt (gesäugt) wird.
- 4 „Prälakteal“ bezeichnet die Gabe jeglicher Substanzen, auch Wasser, vor dem erstmaligen Stillen des Neugeborenen.
- 5 Der Begriff „Laien“ und die synonyme Verwendung des Terminus populär soll im Kontext dieses Artikels keine Assoziation mit Unwissen implizieren, sondern auf medizinisches und gesundheitsrelevantes Wissen nicht formal professionalisierter Gruppen und

- Individuen in Abgrenzung zu formalem Fachwissen verweisen. Im Artikel handelt es sich bei diesen Gruppen und Individuen um Frauen in Indien.
- 6 Neuartig ist diese Verwendung des Begriffs insofern, als dass er meist für die Beschreibung (aus europäisch-amerikanischer Perspektive) fremdkultureller Medizinsysteme verwandt wurde und zum Teil heute noch wird.
 - 7 Als exzellentes Beispiel für die Vorstellungen einer Superiorität der Biomedizin über indigene Medizinen in Indien und der Ausübung kolonialer Kontrolle und Hegemonie auf der Grundlage ihrer Effektivität siehe: Arnold (1993).
 - 8 Auf diesen Prozess wird unter Kapitel 3.3. näher eingegangen werden.
 - 9 Der Begriff Kleinkind bezeichnet ein Kind ab dem ersten bis zum vollendeten dritten Lebensjahr.
 - 10 WHO. 2008. *The Third Ten Years of the World Health Organization 1968-1977*. Genf: WHO, S. 145. http://www.who.int/global_health_histories/who-3rd10years.pdf [Letzter Zugriff: 25.05.2012].
 - 11 Empfehlung aus der Resolution WHA 27.43 der Weltgesundheitsversammlung.
 - 12 WHO. 1981a. *Contemporary Patterns of Breast-Feeding. Report on the WHO Collaborative Study on Breast-Feeding*. Genf: WHO, S. 7, http://whqlibdoc.who.int/publications/1981/9241560673_eng.pdf [Letzter Zugriff: 21.05.2012].
 - 13 WHO. 1989. *Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding: The Special Role of Maternity Services. A Joint WHO/UNICEF Statement*. Genf: WHO, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf> [Letzter Zugriff: 23.05.2012].
 - 14 WHO. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genf: WHO, http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf [Letzter Zugriff: 20.05.2012].
 - 15 Abrufbar unter <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html> [Letzter Zugriff: 03.06.2012].
 - 16 WHO. 1998a. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge*. WHO/NUT/98.1. Genf: WHO, http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf [Letzter Zugriff: 18.06.2012].
 - 17 Empfehlung der WHO auf ihrer Internetseite unter <http://www.who.int>

- who.int/topics/breastfeeding/en/ [Letzter Zugriff: 28.05.2012].
- 18 Gemeint sind Muster wie exklusives Stillen oder mit Beifütterung, Stillen nach Zeitplan oder nach Bedarf des Kindes usw.
- 19 WHO. 2009b. *Infant and Young Child Feeding. Model Chapter for Text-books for Medical Students and Allied Health Professionals*. Genf: WHO, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf [Letzter Zugriff: 28.05.2012].
- 20 UN. 2010. *The Millennium Development Goal Report. Goal 4. Reduce Child Mortality*. Addendum 1. New York: UN, http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/2010_Addendum_Goal4.pdf [Letzter Zugriff: 24.07.2012].
- 21 WHO. 2009a. *Global Health Risks. Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Genf: WHO, S. 1, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf [Letzter Zugriff: 10.07.2012].
- 22 IPPS. 1995. *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93*, Kap. 10: Infant Feeding and Child Nutrition. Bombay: IIPS, S. 271-272, <http://hetv.org/pdf/nfhs/india1/iachap10.pdf> [Letzter Zugriff: 11.06.2012].
- 23 IPPS und Macro International. 2007. *National Family Health Survey (NFHS-3), India 2005-06*, Vol. I. Mumbai: IIPS, S. 278, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK385.pdf [Letzter Zugriff: 11.06.2012].
- 24 IIPS und ORC Macro. 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2), India 1998-99*. Mumbai: IIPS, S. 255, <http://hetv.org/pdf/nfhs/india/indch7.pdf> [Letzter Zugriff: 11.06.2012].
- 25 Als ein Beispiel seien an dieser Stelle verbreitete und elaborierte Nahrungsvermeidungsstrategien genannt, welche von Schwangeren und stillenden Frauen aufrecht erhalten werden um Schaden vom Neugeborenen abzuwenden. Siehe hierzu Bandyopadhyay (2009) und Choudhry (1997).
- 26 Von Bandyopadhyay (2009) übersetzt aus dem Bengalischen.
- 27 Ich beziehe mich hier auf das von Mary Douglas ([1966] 1988) beschriebene Konzept.
- 28 Von Bandyopadhyay (2009) übersetzt aus dem Bengalischen.
- 29 Aussagen der befragten Frauen; von Fikree et al. (2005) übersetzt aus dem Urdu.



- 30 Siehe hierzu Beispiele aus Tamil Nadu (Van Hollen 2002: 165) und Bihar (Reissland & Burghart 1988: 463).
- 31 Ardulas, Khan und Hazra (2012) geben in ihrem Artikel nicht an, ob es sich um eine Übersetzung der Aussagen ins Englische handelt und falls ja aus welcher Sprache.
- 32 Von Fikree et al. (2005) übersetzt aus dem Urdu.
- 33 Übergangsrituale zwischen wichtigen Lebensstadien (Van Genep [1986/1981] 2005).
- 34 Um einfachere Lesbarkeit zu gewährleisten, verzichte ich im Fließtext auf die korrekte Transkription.
- 35 Es wird davon ausgegangen, dass die Sushruta Samhita in ihrer heutigen Form seit spätestens dem fünften Jahrhundert existiert. Die Ursprünge des Textes gehen aber zurück auf das dritte Jahrhundert vor Christus (Wujastyk [1998] 2001: 104-105).
- 36 Der Begriff humoral bezieht sich auf die Annahme verschiedener Lebensenergien, welche in jedem Menschen und seiner Umwelt in bestimmten Kombinationen existieren und einander ausgleichen. Sie sind im europäischen Kulturraum vor allem aus der hippokratischen und galenischen Körpersäftelehre bekannt.
- 37 Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass neben Ayurveda in Südasien ein weiteres großes humoraltheoretisches Medizinsystem, Unani-Medizin, existiert. Ein Einfluss auf die hier dargestellten Konzeptionen kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, limitiert meinen Ansatz jedoch nicht maßgeblich, sondern erweitert ihn um über rein ayurvedische Konzepte hinausgehende common-sense Ideen von Körper und Krankheit, welche in beiden Medizinen Ähnlichkeiten und Überlappungen aufweisen. Die Ähnlichkeiten resultieren aus frühen kulturellen Kontakten zwischen Ayurveda und der griechisch-arabischen Unani-Heilkunde. Sie werden als hindu- beziehungsweise islambasierte Pendants voneinander gesehen, welche, wie Leslie und Young (1992) anmerken, intellektuelle, konzeptuelle, historische und inhaltliche Kohärenz aufweisen.
- 38 Für eine erweiterte Auseinandersetzung mit Ayurveda siehe auch Wujastyk ([1998] 2001) und Tabor (1981).
- 39 Im Ayurveda handelt es sich dabei um vata, pitta und kapha.
- 40 An dieser Stelle sei angemerkt, dass Klassifikationen von Nahrungsmitteln als heiß oder kalt keine südasienweit konsistenten Kategorien darstellen. Vielmehr variieren diese auf nationaler,



regionaler und teilweise auch individueller Ebene und nach Grad der formalen Professionalisierung populärmedizinischer Sektoren. Kongruenz besteht aber hinsichtlich der zugrunde liegenden Struktur. Für eine Auflistung regionaler Nahrungsmittelklassifikationen siehe: Nag (1994).

- 41 Beispielhaft seien hier genannt Reissland und Burghart (1988) und Nag (1994).
- 42 Von Fikree et al. (2005) übersetzt aus dem Urdu.
- 43 Abweichungen hiervon scheinen vor allem in Südindien zu existieren, wie aus einer tabellarischen Auflistung von Moni Nag (1994) hervorgeht.
- 44 Die positiven Eigenschaften der Ziegenmilch resultieren dabei aus der Lebensweise von Ziegen, vor allem aber daraus, dass sie als Allesfresser reine und unreine Nahrung aufnehmen, Unreinheiten aber im Verdauungsfeuer besonders effektiv eliminieren und daher reine und humoral potente Milch geben können (Sushruta-Samhita 1999: 427)
- 45 Die direkt an die Geburt anschließende Phase der Schwäche wird häufig mit einer besonderen Anfälligkeit des Neugeborenen für den bösen Blick gesehen (Spiro 2005).
- 46 Es handelt sich um ein Beispiel zur Illustration aus meiner eigenen Erfahrung. Fast jeder dürfte als Patient jedoch ähnliche Situationen kennen.
- 47 Die so genannte Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) wurde von WHO und UNICEF zur Förderung des Stillens ins Leben gerufen. Eine Zertifizierung als babyfreundlich erfolgt auf der Grundlage, dass die in Kapitel 3.1. genannten Ten Steps to Successful Breastfeeding implementiert und verfolgt werden. In Indien startete die BFHI im Jahr 1993. Im Jahr 2000 waren bereits über 1300 Krankenhäuser als babyfreundlich zertifiziert. Siehe hierzu: Breastfeeding Promotion Network of India (BPNI). 2000. *Report of All India Study of Newborn Care, Infant Feeding Practices and Implementation of the "Infant Milk Substitutes, Infant Foods and Feeding Bottles (Regulation of Production, Distribution and Supply) Act, 1992" in the Hospital Settings, and Infant Feeding Practices in the Catchment Area of These Hospitals*. Delhi: BPNI, S. 5, <http://www.bpni.org/BFHI/BFHI-report.pdf> [Letzter Zugriff: 02.04.2012].
- 48 Zwar wurden Ayurveda und Unani anfangs von den Briten ge-

fördert, dies änderte sich jedoch ab 1835 mit Lord Macaulays Minute on Education. Auch nach der Unabhängigkeit Indiens im Jahr 1947 wurde die ehemals koloniale Form der Unterdrückung dieser Medizinformen durch die biomedizinischen Eliten Indiens fortgeführt. Die angestrebte Form von Medizin sollte frei von jeglichen Inhalten vermeintlich unwissenschaftlichen ayurvedischen Wissens sein, um eine Anerkennung in Indien ausgebildeter Mediziner in Großbritannien und der medizinischen Ausbildung und Praxis selbst durch die WHO zu ermöglichen (Jeffery 1988: 42-58, 167-255).

- 49 Für eine große Auswahl an Beispielen für den Umgang mit biomedizinischen Konzepten und Interventionen auf lokaler Ebene in Süd- und Südostasien und Versuchen, Gesundheitsprogramme an lokale Kontexte anzupassen sei verwiesen auf Nichter & Nichter (2003).

Bibliografie

- Ardula, Kumudha et al. 2010. Increasing Early and Exclusive Breastfeeding in Rural Uttar Pradesh. *The Journal of Family Welfare*, 56 (Special Issue), S. 43-49.
- Arnold, David. 1993. *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley u. a.: University of California Press.
- Bandyopadhyay, Mridula. 2009. Impact of Ritual Pollution on Lactation and Breastfeeding Practices in Rural West Bengal, India. *International Breastfeeding Journal*, 4 (2), S. 1-8.
- Choudhry, Ushvendra Kaur. 1997. Traditional Practices of Women from India: Pregnancy, Childbirth, and Newborn Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26 (5), S. 533-539.
- Douglas, Mary. 1988. *Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu*, übersetzt von Brigitte Luchesi aus dem engl. Original „Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo“ [1966]. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fikree, Fariyal F. et al. 2005. Newborn Care Practices in Low Socioeconomic Settlements of Karachi, Pakistan. *Social Science and Medicine*, 60 (5), S. 911-921.

- Foucault, Michel. [1983] 2003. *Der Wille zum Wissen*, Bd. 1: Sexualität und Wahrheit, 14. überarb. Aufl., übersetzt von Ulrich Raulff und Walter Seitter aus dem franz. Original „Histoire de la sexualité, 1: La volonté de savoir“ [1976]. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- _____. [1988] 2008. *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. 8. Aufl., übersetzt von Walter Seitter aus dem franz. Original „Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical“ [1963]. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Hahn, Robert A. & Kleinman, Arthur. 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, 12, S. 305-333.
- Hörbst, Viola & Angelika Wolf. 2003. Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In: Wolf, Angelika & Viola Hörbst (Hg.). *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten. Medizinkulturen im Vergleich*, Bd. 19. Münster: LIT Verlag, S. 3-30.
- Hogan, Susan. 2008. Breasts & the Beestings: Rethinking Breast-Feeding Practices, Maternity Rituals, & Maternal Attachment in Britain & Ireland. *Journal of International Women's Studies*, 10 (2), S. 141-160.
- Jeffery, Roger. 1982. Policies towards Indigenous Healers in Independent India. *Social Science and Medicine*, 16 (21) (Special Issue: Utilization of Indigenous Healers in National Health Systems), S. 1835-1841.
- _____. 1988. *The Politics of Health in India. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, Vol. 21. Berkeley u. a.: University of California Press.
- Justice, Judith. 1984. Can Socio-Cultural Information Improve Health Planning? A Case Study of Nepal's Assistant Nurse-Midwife. *Social Science and Medicine*, 19 (3) (Special Issue: Anthropology and Primary Health Care in Developing Countries), S. 193-198.
- Kadetz, Paul. 2011. Endangered Practices: Challenging the Discourse of Healthcare Integration. In: Volker Scheid & Hugh MacPherson (Hg.). *Integrating East Asian Medicine into Contemporary Healthcare*. London: Churchill Livingstone Elsevier, S. 173-197.
- Kleinman, Arthur. 1995. *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley u. a.: University of California Press.
- Kukla, Rebecca. 2006. Ethics and Ideology in Breastfeeding Advocacy Campaigns. *Hypatia*, 21 (1) (Maternal Bodies), S. 157-180.



- Laroia, Nirupama & Sharma, Deeksha. 2006. The Religious and Cultural Bases for Breastfeeding Practices Among the Hindus. *Breastfeeding Medicine*, 1 (2), S. 94-98.
- Leslie, Charles. 1998. Introduction. In: Leslie, Charles (Hg.). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Vol. 3, Indian Medical Tradition. Delhi u. a.: Motilal Banarsidass Publishers, S. 1-12.
- Leslie, Charles & Young, Allan. 1992. Introduction. In: Leslie, Charles & Allan Young (Hg.). *Paths to Asian Medical Knowledge*, Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, Vol. 32. Berkeley u. a.: University of California Press, S. 1-18.
- Lock, Margaret & Nguyen, Vinh-Kim. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Malden, MA u. a.: Wiley-Blackwell.
- Nag, Moni. 1994. Beliefs and Practices About Food During Pregnancy. *Economic and Political Weekly*, 29 (37), S. 2427-2438.
- Nichter, Mark. 1981. Negotiation of the Illness Experience: Ayurvedic Therapy and the Psychosocial Dimension of Illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 (1), S. 5-24.
- _____. 1987. Cultural Dimensions of Hot, Cold and Sema in Sinhalese Health Culture. *Social Science and Medicine*, 25 (4) (Special Issue: Hot-Cold Food and Medical Theories: Cross-Cultural Perspectives), S. 377-387.
- _____. 2003. Harm Reduction: A Core Concern for Medical Anthropology. In: Herr Harthorn, Barbara & Laury Oaks (Hg.). *Risk, Culture, and Health Inequality. Shifting Perceptions of Danger and Blame*. Westport, CT u. a.: Praeger, S. 13-33.
- _____. 2008. *Global Health. Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: The University of Arizona Press.
- Nichter, Mark & Nichter, Mimi. [1989] 2003. *Anthropology and International Health. Asian Case Studies*. 2. Aufl., Theory and Practice in Medical Anthropology and International Health, Vol. 3. London u. a.: Routledge.
- Oaks, Laury & Harthorn, Barbara Herr. 2003. Introduction: Health and the Social and Cultural Construction of Risk. In: Barbara H. Harthorn & Laury Oaks (Hg.). *Risk, Culture, and Health Inequality. Shifting Perceptions of Danger and Blame*. Westport, CT u. a.: Praeger, S. 3-11.
- Pandey, Rajbali. [1949] 1991. *Hindu Samskaras. Socio-Religious Study of the Hindu Sacraments*. 2. überarb. Aufl. Delhi u. a.: Motilal



Banarsidass Publishers.

- Pigg, Stacy Leigh. 1995. Acronyms and Effacement: Traditional Medical Practitioners (TMP) in International Health Development. *Social Science and Medicine*, 41 (1), S. 47-68.
- Pool, Robert. 1987. Hot and Cold as an Explanatory Model: The Example of Bharuch District in Gujarat, India. *Social Science and Medicine*, 25 (4) (Special Issue: Hot-Cold Foods and Medical Theories: Cross-Cultural Perspectives), S. 389-399.
- Reissland, Nadja & Burghart, Richard. 1988. The Quality of a Mother's Milk and the Health of her Child: Beliefs and Practices of the Women of Mithila. *Social Science and Medicine*, 27 (5), S. 461-469.
- Rose, H. A. 1907a. Hindu Birth Observances in the Punjab. *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 37 (2), S. 220-236.
- _____. 1907b. Muhammadan Birth Observances in the Punjab. *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 37 (2), S. 237-260.
- Salmon, Marylynn. 1994. The Cultural Significance of Breastfeeding and Infant Care in Early Modern England and America. *Journal of Social History*, 28 (2), S. 247-269.
- Sharma, Kavita, Rajul Jain & Uma Iyer. 2008. Counseling Mothers in Child Feeding Practices. In: Rameshwari Pandya (Hg.). *Women Welfare and Empowerment in India. Vision for 21st Century*. New Delhi: New Century Publications, S. 62-77.
- Spiro, Alison M. 2005. Najar or Bhut – Evil Eye or Ghost Affliction: Gujarati Views About Illness Causation. *Anthropology & Medicine*, 12 (1), S. 61-73.
- Storer, Jenny. 1977. ‚Hot‘ and ‚Cold‘ Food Beliefs in an Indian Community and their Significance. *Journal of Human Nutrition*, 31, S. 33-40.
- Sushruta-Samhita. 1999. Vol. 1, Sektion 1 (Sutrasthana). Herausgegeben und übersetzt von Priya Vrat Sharma, *Haridas Ayurveda Series*, Vol. 9. Varanasi: Chaukhambha Visvabharati.
- _____. 2000. Vol. 2, Sektionen 2-4 (Nidana, Sharira, Cikitsasthana). Herausgegeben und übersetzt von Priya Vrat Sharma, *Haridas Ayurveda Series*, Vol. 9. Varanasi: Chaukhambha Visvabharati.
- Tabors, Daniel C. 1981. Ripe and Unripe: Concepts of Health and Sickness in Ayurvedic Medicine. *Social Science and Medicine*, 15 (4), S. 439-455.



- Van Gennep, Arnold. [1986] 2005. *Übergangsriten* (Les rites de passage. 3. erg. Aufl., übersetzt von Klaus Schomburg und Sylvia M. Schomburg-Scherff aus dem franz. Original „Les rites de passage“ [1981]. Frankfurt a. M. u. a.: Campus Verlag.
- Van Hollen, Cecilia. 2002. ‚Baby-Friendly‘ Hospitals and Bad Mothers. Manoeuvring Development in the Post-Partum Period in Tamil Nadu, South India. In: Santi Rozario & Geoffrey Samuel (Hg.). *The Daughters of Hariti. Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia*, Theory and Practice in Medical Anthropology and International Health, Vol. 7, London u. a.: Routledge, S. 163-181.
- Wickes, Ian G. 1953a. A History of Infant Feeding: Part I. Primitive Peoples: Ancient Works: Renaissance Writers. *Archives of Disease in Childhood*, 28 (138), S. 151-158.
- . 1953b. A History of Infant Feeding: Part II. Seventeenth and Eighteenth Centuries. *Archives of Disease in Childhood*, 28 (139), S. 232-240.
- Wujastyk, Dominik. [1998] 2001. *The Roots of Ayurveda. Selections from the Ayurvedic Classics*. 2. überarb. Aufl. New Delhi u. a.: Penguin Books.
- Young, Allan. 1980. An Anthropological Perspective on Medical Knowledge. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 5 (2), S. 102-116.
- Zeitlyn, Sushila & Rowshan, Rabeya. 1997. Privileged Knowledge and Mothers’ „Perceptions“: The Case of Breast-Feeding and Insufficient Milk in Bangladesh. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 11 (1), S. 56-68.